NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

NOVEMBRE 1848. — 9me Série. — T. XI.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1848.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 121—149.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 150—175.
Monographie des voies urinaires. 176.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PARMAC., ET TOXICO.

Pharmacologie. 1. *Revue* 37.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Physiologie. 2. *Revue* 24.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 3—6. *Revue* 25, 26, 27, 35.
Thérapeut. 7—14. *Revue* 28, 29, 36, 41.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Maladies des femmes. 15. — *Revue* 30, 39, 40.
Maladies des enfants. 16.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Pathologie externe. 17—19. *Revue* 33, 34, 42.

VIII. Mal. des voies gén.-urin. 20.

XII. Généralités. 21—23.

Sociétés savantes, pag. 208, 244.

Mélanges. 31, 32, 38, 43, 44.

553.50

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(NOVEMBRE 1848.)

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE ;

Par F. HAIRION, médecin de bataillon de 1re classe, à Louvain.

(Suite : *voir* le n° de septembre 1848, p. 10.)

III. *Salles des granulés.* — Ces salles, établies dans les casernes, ne sont ordinairement ni assez vastes, ni assez activement surveillées pour que l'on parvienne à empêcher les soldats atteints de granulations d'avoir des contacts nombreux avec les hommes sains. Aussi est-il vrai de dire que les militaires d'une même caserne, granulés ou non granulés, communiquent à chaque instant entre eux.

Cependant, les faits que j'ai cités plus haut, et beaucoup d'autres qui sont aujourd'hui du domaine de la science, ne sauraient laisser le moindre doute sur la propriété contagieuse de l'ophthalmie de l'armée : ces faits démontrent à l'évidence que cette maladie, de même que la dyssenterie, le typhus et autres affections analogues, se propage d'individu à individu par l'intermédiaire de l'air chargé du principe contagieux. Pourquoi donc n'a-t-on jamais songé à isoler sérieusement les granulés, de même que les hommes atteints d'autres maladies infectieuses? Pourqnoi aucune voix ne s'est-elle élevée pour condamner ce qui se pratique depuis huit ans dans nos salles de granulés, et au milieu de nos casernes?

Je le répète, ces salles, telles qu'elles existent aujourd'hui, forment donc des foyers permanents de contagion, en fournissant sans cesse des éléments nouveaux à la propagation de la maladie.

Il est aussi de nombreux granulés pour lesquels ces locaux ne conviennent pas. Les circulaires du 24 mars et du 16 mai 1840 destinent ces salles exclusivement au traitement des hommes atteints de granulations palbébrales, et *aucune ophthalmie propre-*

ment dite ne peut y être reçue. Tous ceux par conséquent dont les yeux réclament d'autres soins, ceux dont l'inflammation des conjonctives menace de passer à l'état purulent, ou de se compliquer de kératite, de choroïdite, d'iritis, etc., doivent être dirigés sur les hôpitaux. Dans ces divers cas, en effet, les granulations deviennent des affections tout à fait secondaires, et qui, pour le moment du moins, ne réclament plus que très-exceptionnellement l'attention du médecin, dont les soins doivent avoir pour but d'éloigner au plus tôt le phénomène morbide le plus grave. Et certes le médecin ne saurait traiter à la caserne les granulés de cette catégorie. La surveillance incessante, le régime, le repos, une température uniforme, l'isolement, en un mot, la combinaison des moyens hygiéniques et thérapeutiques que l'on trouve dans les hôpitaux, sont ici de première nécessité.

Mais ces conditions hygiéniques et cette surveillance plus complète que l'on réclame dans ces cas graves, je les crois nécessaires dans tous les cas de granulations indistinctement. Tous nos collègues militaires ont pu remarquer qu'il y a, sous le rapport de la durée du traitement et du pronostic en général de la maladie, une distinction importante à établir entre l'état granulé simple et celui qui se complique de l'inflammation de quelque autre partie de l'œil ; les granulations présentent souvent dans ce dernier cas une opiniâtreté désespérante. Le médecin a donc le plus grand intérêt à prévenir toute complication ; et comment atteindre ce but, s'il ne peut placer ses malades dans des conditions hygiéniques que réclame leur état ? N'a-t-il pas souvent eu à déplorer son impuissance à cet égard ? Ne lui est-il pas fréquemment arrivé de voir les granulations les plus simples se compliquer promptement d'affections graves, dues aux mauvaises conditions hygiéniques auxquelles les malades sont exposés dans ces salles ?

Un fait sur lequel on n'a pas suffisamment insisté jusqu'ici, c'est que les cas où l'ophthalmie de l'armée offre primitivement de la gravité sont aujourd'hui très-rares. La maladie est bénigne à son début ; le danger ne survient que postérieurement. Nous verrons plus loin la part qui revient dans ce résultat aux moyens mis en usage pour combattre la maladie. Constatons pour le moment que l'existence des salles des granulés, à l'intérieur des casernes, n'est pas étrangère à la gravité qu'elle revêt parfois.

Ces réflexions me paraissent de nature à démontrer l'urgence de donner à ces locaux une nouvelle organisation.

Deux voies se présentent pour y arriver, selon qu'on voudra en faire des établissements exclusivement destinés au traitement des granulés de l'armée, ou les ériger en salles d'instruction.

Dans le premier cas, on les remplacerait par des établissements analogues aux infirmeries régimentaires. Chaque garnison aurait son local particulier, qui serait placé, comme l'hôpital militaire, sous la direction du médecin en chef de la garnison ; chaque médecin des corps y traiterait ses granulés. Ces locaux seraient assez vastes pour suffire à toutes les éventualités ; ils seraient situés autant que possible sur un terrain sec et élevé, et entourés de jardins qui permettraient aux malades de se livrer à la promenade et à des exercices gymnastiques ; on y entretiendrait la salubrité des chambres par un espacement et une ventilation convenables, et, dans certains cas, par des fumigations de chlore.

Des établissements semblables donneraient toutes les garanties désirables : les malades y seraient convenablement soignés ; les médecins pourraient compter avec plus de garantie sur l'administration exacte des remèdes, et partant, sur leur efficacité ; les hommes sains ne courraient plus les chances de s'infecter au contact du foyer permanent de contagion que forment aujourd'hui les salles des granulés ; enfin, l'autorité elle-même pourrait exercer une surveillance plus efficace et juger comparativement par les succès obtenus les différents modes de traitement employés.

Quoi qu'il en soit des avantages réels, incontestables, qu'amèneraient ces changements dans les salles des granulés, je pense qu'il serait plus avantageux encore de les remplacer par des dépôts généraux placés dans les quatre villes universitaires, et organisés de manière à devenir en même temps des sources d'instruction pour les médecins militaires et pour les élèves des Universités.

En effet, l'ophthalmie granuleuse n'est plus comme autrefois une maladie bornée presque exclusivement à l'armée, aujourd'hui, elle règne également dans les populations civiles ; elle y exerce de grands ravages, et si des mesures préventives ne sont pas prises, je crains qu'elle ne prépare aux administrations communales et provinciales, et au gouvernement lui-même, de graves embarras. On sait en outre que le traitement de cette maladie exige des connaissances spéciales, qu'on ne trouve pas généralement chez les praticiens civils, et auxquelles même les jeunes médecins sortant des Universités sont aussi bien souvent étrangers. En présence de ces faits, la sollicitude du gouvernement, en ce qui concerne les mesures réclamées contre l'ophthalmie granuleuse, ne saurait plus désormais se borner à l'armée, il faut nécessairement qu'elle s'étende aux populations ; ce sont celles-ci qui un jour réimporteront dans l'armée ce fléau dont elle se sera si laborieusement débarrassée. Je crois que les établissements dont je viens de parler seraient ap-

pelés, sous ce rapport, à rendre d'immenses services. On mettrait à la tête de ces dépôts des praticiens expérimentés. On y détacherait les jeunes médecins, autant pour venir en aide aux premiers dans la surveillance de l'établissement, que pour leur instruction personnelle. Une ou deux fois par semaine, on y admettrait les élèves de l'Université, et ce jour, le médecin directeur ferait l'application des remèdes et traiterait successivement, s'il le jugeait bon, les différentes questions qui se rattachent à la thérapeutique de l'ophthalmie contagieuse.

Je pense aussi que pour rendre cette mesure efficace, et pour qu'elle atteigne le double but que je viens d'indiquer, il faut que la fréquentation des dépôts d'ophthalmiques par les élèves des Universités soit réelle; il faut que l'ophthalmologie soit non-seulement un branche obligatoire des études, mais qu'elle fasse partie du programme des examens. De cette manière, on les verrait mettre à profit les diverses sources d'instruction ophthalmologique que les Universités présentent, et qui seraient complétées par les dépôts des granulés. J'appelle toute l'attention du gouvernement sur cette mesure (1).

IV. *Des accidents provenant du mode de traitement généralement adopté contre l'ophthalmie de l'armée.* — Ces accidents sont plus nombreux qu'on ne le pense généralement. Ils trouvent leur cause dans la cautérisation et l'excision de la conjonctive, l'emploi inopportun des collyres, l'usage de topiques émollients, etc., etc.

1. *Accidents provenant de la cautérisation.* Ils sont immédiats ou consécutifs. L'accident immédiat le plus grave est la cautérisation du miroir de l'œil : légère, elle n'en atteint que les lames superficielles ; profonde, elle peut le détruire dans toute son épaisseur. Dans le premier cas, il en résulte des taches plus ou moins opaques, indélébiles, et ordinairement circonscrites par un liséré plus opaque qui indique les limites de la portion détruite; dans le second cas, on voit naître la propulsion de la cornée, le staphylôme partiel ou général, la phthisie de l'œil, etc.

Les accidents consécutifs sont plus nombreux et plus fréquents. Ils ont leur source dans la cautérisation trop profonde, ou inégalement pratiquée, ou trop souvent répétée.

A. Les cautérisations profondes de la conjonctive sont suivies de

(1) Voici comment s'exprime à ce sujet le docteur Cunier, à la page 310 de son *Rapport* à M. le gouverneur du Brabant : « M. le ministre de l'intérieur interviendrait efficacement en recommandant cet objet (l'étude des granulations palpébrales) à l'attention des professeurs de clinique chirurgicale et d'ophthalmologie dans les Universités de l'État, et en engageant les membres du jury d'examen pour le doctorat à n'admettre que des élèves familiarisés avec la pratique de la cautérisation. »

la formation de brides et de cicatrices qui sont le point de départ d'accidents divers. Tantôt ces altérations donnent lieu au renversement des paupières en dedans (*entropion*) ; d'autres fois elles entretiennent dans la conjonctive des engorgements chroniques opiniâtres et qui deviennent l'origine d'incessantes récidives ; parfois ces brides s'étendent de la paupière au globe de l'œil, à la cornée même, et provoquent des adhérences anormales entre la paupière et le globe de l'œil (*symblépharon*) ; mais le plus souvent, ce tissu de cicatrice, agissant par ses inégalités sur le globe de l'œil, à la manière d'un corps étranger, produit l'inflammation de la cornée, y développe des vaisseaux, et finit par amener le pannus. Quel que soit d'ailleurs le résultat plus ou moins immédiat de la présence de ce tissu inodulaire à la surface interne des paupières, on doit toujours craindre, surtout s'il siége à la paupière supérieure, que, tôt ou tard, la perte de la vue n'en soit la conséquence.

Deux motifs contribuent donc à rendre ces cicatrices inodulaires assez fréquentes : d'un côté, le précepte établi, et généralement accepté, de pratiquer des cautérisations larges et profondes ; de l'autre, l'opinion, aussi communément accréditée, que le caustique lunaire, dans le traitement de l'ophthalmie, doit agir comme agent destructeur.

Ces deux opinions sont également erronées. Lorsqu'on a posé, il y a quelques années, la règle des cautérisations profondes, cette règle pouvait être opportune, car elle s'appliquait à des granulations anciennes, compliquées d'engorgement et d'épaississement des conjonctives ; mais aujourd'hui que les granulations sont traitées dès qu'elles apparaissent, alors qu'elles sont transparentes et faciles à détruire, et que la conjonctive qui leur sert de *substratum* conserve une grande délicatesse de texture, il y aurait danger réel à s'y conformer.

C'est que les résultats de l'emploi du caustique sur les conjonctives sont bien différents dans l'un et l'autre cas. Dans les granulations anciennes, j'ai vu souvent les conjonctives, après trente ou quarante cautérisations, et même davantage, reprendre leur aspect normal, sans qu'on pût découvrir les moindres traces de l'action du caustique, tandis qu'une seule application de cet agent destructeur, dans le cas de granulations récentes, peut suffire pour amener de grands désordres et même la désorganisation entière de ces membranes. Je me rappelle le cas d'un malheureux ouvrier à qui un médecin civil avait fait subir cinq cautérisations seulement, et dont les conjonctives palpébrales aux quatre paupières avaient presque entièrement disparu. Quatre ectropions furent la conséquence de cette destruction.

Une autre erreur qui n'a pas moins contribué à propager les cautérisations larges et profondes, c'est celle qui établit que le nitrate d'argent doit agir comme un agent destructeur. Je démontrerai plus loin que non-seulement on peut guérir les granulations sans porter atteinte à la texture de la conjonctive, mais que les guérisons ainsi obtenues ne sont pas moins rapides, qu'elles sont plus stables, et qu'elles ne produisent aucun des accidents que nous venons de signaler.

Les cautérisations larges et profondes ont encore un autre inconvénient : c'est de donner lieu à des réactions vives sur les organes oculaires. Un des premiers effets de ces réactions dans un assez grand nombre de cas, c'est de multiplier les granulations, et sans doute il n'est aucun médecin militaire qui n'ait eu souvent l'occasion de remarquer que, sous l'influence de la cautérisation, certaines granulations deviennent aussi plus volumineuses. Je me propose de donner bientôt dans un autre travail l'explication de ce phénomène. Une seconde conséquence des réactions fortes, c'est de favoriser l'extension de l'inflammation aux autres membranes de l'œil ; mais le résultat le plus fâcheux que j'ai à indiquer, c'est, dans les cas d'ophthalmie aiguë, le gonflement considérable des paupières auquel elles donnent lieu. Ce gonflement empêche le médecin de suivre les progrès de la maladie et de mettre en usage certains moyens d'où peut dépendre le succès du traitement.

B. Les cautérisations faites à de courts intervalles et trop souvent répétées ne sont pas moins funestes que les cautérisations larges et profondes. Elles tendent à faire des organes oculaires des centres de fluxion où aboutissent toutes les dispositions morbides inhérentes à l'individu, ainsi que les influences nuisibles auxquelles il se trouve accidentellement exposé. Qu'un individu, par exemple, porteur de granulations, se trouve en même temps sous l'influence d'une diathèse rhumatismale, scrofuleuse, syphilitique ou autre, il est évident que les organes oculaires, devenus des centres de congestion, seront plutôt que d'autres organes le siége des manifestations morbides de ces diverses diathèses. Il en sera de même des refroidissements, des excès, des fatigues, etc. : ce sera aussi de préférence vers les yeux que se portera l'action de ces causes. Enfin, à part ces complications auxquelles fort peu d'individus échappent, des accidents graves seront encore souvent la conséquence directe de la fluxion devenue habituelle de ces organes ; car cette fluxion, bornée d'abord aux membranes externes, finit presque toujours, quand elle a quelque durée, par se fixer sur la choroïde et par donner lieu à tous les accidents auxquels conduisent si souvent la congestion ou l'inflammation de cette membrane,

tels que l'amblyopie congestive, le glaucôme, l'amaurose, la cirsophthalmie, etc.

Frappé des résultats si fâcheux d'une méthode de traitement à laquelle on accorde généralement une si grande confiance, je m'étais déjà efforcé, dans une brochure publiée en 1839, de ramener la thérapeutique de cette maladie à certaines règles ; j'avais à cette époque adopté un traitement mixte qui me paraissait en même temps plus rationnel, plus efficace, et à l'appui duquel j'avais présenté plus de 800 cas de guérison sans aucun insuccès. Depuis lors, l'institut ophthalmique m'a mille fois démontré quelle pouvait être la conséquence d'une médication, quelle que soit d'ailleurs son efficacité dans certains cas, lorsque cette médication est appliquée d'une manière absolue, sans égard pour ces nombreuses circonstances locales ou générales, inhérentes ou étrangères à l'économie, et que le médecin ne peut jamais perdre de vue un instant.

2. *Excision de la conjonctive.* Cette opération est rarement employée aujourd'hui ; on n'y a plus recours que comme à un moyen secondaire. Du reste, des brides et des cicatrices vicieuses, la déviation des tarses, le renversement de la paupière en dedans, sont des accidents assez communs à la suite de l'excision de la conjonctive. J'essaierai plus loin d'indiquer les cas dans lesquels l'excision peut donner des résultats heureux.

3. *Collyres et pommades.* Employés sans indication suffisante, ils entretiennent dans les conjonctives, et par suite dans les organes oculaires, un état de congestion, d'irritabilité, d'éréthisme, qui peut donner naissance aux inconvénients déjà signalés plus haut ; c'est ainsi que l'inflammation prend plus d'intensité, qu'elle s'étend aux parties profondes, et que des habitudes de fluxion s'établissent. Ces accidents proviennent surtout de ce que l'on n'a pas établi de distinction entre les effets mécaniques de certains collyres qui sont irritants, et les effets dynamiques de certains autres qui ne se produisent qu'après l'absorption de la substance et qui sont essentiellement hyposthénisants. Depuis que j'ai eu connaissance du travail de M. Rognetta sur ce sujet, j'ai évité bien des erreurs, je me suis rendu compte de bien des phénomènes qui jusque-la étaient restés pour moi enveloppés de mystère.

Enfin, ces accidents peuvent venir encore de l'emploi de ces topiques dans les cas où le travail inflammatoire s'est propagé aux autres membranes de l'œil ; car, contrairement à ce qu'avance le docteur Rognetta, l'expérience m'a démontré que, excepté dans la conjonctive et dans certaines kératites, les collyres en général sont essentiellement nuisibles. C'est en vain que dans ces cas on

compte sur leurs effets hyposthénisants, la réaction vive à laquelle ils donnent lieu s'oppose à l'absorption du principe médicamenteux, sans laquelle l'effet dynamique ne saurait se produire.

4. *Applications émollientes.* Dans l'ophthalmie de l'armée, les applications émollientes sur les yeux sont toujours nuisibles. Ce n'est pas que, à l'exemple de quelques praticiens, je proscrive ces topiques d'une manière absolue, dans toutes les maladies inflammatoires de ces organes ; mais je crois que toutes les fois que l'affection oculaire est de nature à faire craindre des accidents du côté de la cornée, il est dangereux d'y avoir recours. Or, dans quel genre d'affection plus que dans l'ophthalmie granuleuse, a-t-on à redouter ce genre d'accident ? Aussi, quelle que soit l'intensité de l'inflammation, quels que soient la tension et le gonflement des tissus, on ne doit jamais avoir pour but d'apporter du soulagement aux souffrances du malade, si les moyens pour y arriver doivent augmenter les chances du ramollissement de la cornée. Ce n'est pas le seul motif qui me dicte cette conduite : je proscris encore les applications émollientes, parce qu'elles augmentent la sécrétion purulente et apportent des obstacles à l'application des autres remèdes locaux.

Je pourrais encore signaler ici les complications plus ou moins graves qui proviennent de l'application inopportune de stimulants ou de révulsifs autour de l'orbite, de l'abus des antiphlogistiques et des débilitants, de la salivation provoquée sans nécessité absolue, du séjour prolongé des malades dans l'obscurité, etc., etc, ; mais les remarques que j'aurais à faire à cet égard me conduiraient trop loin : la plupart des auteurs modernes se sont d'ailleurs élevés contre leur emploi intempestif.

Je vais maintenant chercher à tracer les règles qui m'ont toujours guidé dans l'emploi des divers agents thérapeutiques dont je viens de signaler les inconvénients et les dangers. Je tâcherai de rendre cette exposition claire, nette, facile à saisir, et surtout de la rendre pratique, en appliquant ce traitement à chacune des conditions morbides qui peuvent se présenter.

(*Archives de médecine militaire*, août 1848).

(*La suite à un prochain numéro.*)

DE L'EMPLOI DE LA POMMADE DE NITRATE D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES ;

Par P. Decaisne, médecin de régiment, à Anvers.

Aujourd'hui, la chirurgie tend essentiellement à éviter les mu-

tilations ; le grand art de l'opérateur consiste à guérir le malade sans recourir à quelque opération. On doit envisager la privation d'un membre comme un mal bien plus grand que sa roideur, son ankylose, ou tout autre accident qui le rend incapable de fonctionner. On pense généralement, comme Dionis, que, de toutes les opérations, celle qui fait le plus d'horreur, c'est l'amputation d'une cuisse, d'une jambe ou d'un bras.

Déjà Bagieu, Ledran et Bilguer se sont élevés avec raison contre l'abus de l'amputation des membres; mais ils ne se sont pas occupés des tumeurs blanches, ni appesantis sur toutes les affections chroniques qui jusqu'à ce jour l'ont si fréquemment nécessitée. Pour notre part, nous avons toujours été avare de ce genre d'opérations, et nous avons constamment cherché à limiter toute mutilation aux cas extrêmes, en songeant que les tumeurs blanches, qui sont si fréquentes, atteignent surtout les jeunes gens ou les hommes dans la force de l'âge, et à qui les membres sont d'autant plus précieux, qu'en eux résident les instruments du travail. Lors même donc que le mal semble de la plus haute gravité, il faut encore essayer quelques moyens énergiques, car il arrive quelquefois qu'il se forme une ankylose et que le malade conserve un membre qui lui rend de grands services, quoique privé de tous ses mouvements. L'expérience a démontré qu'il y a bien rarement de l'inconvénient, dans ces affections, à temporiser pendant un certain temps ; il faut avoir épuisé tous les moyens préconisés contre elles, et même, dans certains cas, avoir employé le feu, l'un des modificateurs les plus puissants que la chirurgie ait à son service, et qui est malheureusement trop négligé de nos jours, avant d'en venir à l'amputation, cet ultimatum du chirurgien. C'est pénétré de ce précepte que nous nous sommes toujours efforcé de mettre en pratique, que nous croyons devoir préconiser la pommade au nitrate d'argent dans le traitement des tumeurs blanches des sujets lymphatiques, comme un des meilleurs moyens à conseiller dans cette maladie. On sait, en effet, que c'est chez les sujets de cette constitution que les affections chroniques des articulations sont le plus difficilement curables, et qu'elles entraînent même très-souvent le malade dans la tombe.

Le nitrate d'argent est employé aujourd'hui, sous la forme solide ou liquide, dans le traitement d'un grand nombre de maladies ; mais on n'y a pas encore eu fréquemment recours contre les affections dont nous venons de parler. Il semble cependant que ce sel doive y trouver d'importantes applications, et qu'il ait une influence marquée sur la marche de ces engorgements articulaires chroniques. Nul doute que, par l'emploi du nitrate d'argent en fric-

tions sur les tumeurs blanches, la douleur ne soit modifiée ou anéantie, que le gonflement et l'engorgement des parties ne diminuent. Si la membrane synoviale est le siége d'un épanchement, il peut en arrêter les progrès, et lorsqu'il existe des plaies fistuleuses ou blafardes, la suppuration en est favorablement modifiée ; très-souvent même les plaies se ferment. Par son usage, la peau prend l'aspect luisant d'un cuir noir verni ; quelques vésicules laissent écouler de la sérosité ; l'épiderme desséché et noir, que l'on doit enlever de temps en temps, se détache très-facilement par pellicules, et les téguments présentent leur état normal, sans que jamais la pommade ne laisse de cicatrices à sa suite.

Les bons effets de la pommade au nitrate d'argent, en pareil cas, ne sont plus contestables aujourd'hui pour tout médecin qui en a fait usage ; c'est ce qui du reste a été établi depuis 1841 par MM. Jobert, Rognetta, Caffe et Bieschy (de Schelestadt).

Nous allons rapporter deux faits dans lesquels nous sommes parvenu, par l'emploi de la pommade au nitrate d'argent, à conserver le membre à deux jeunes gens d'une constitution éminemment lymphatique, atteints de tumeur blanche, l'un au genou, l'autre au poignet. Ces maladies avaient été vainement combattues dès le principe par l'huile de foie de morue, le repos absolu, les sangsues, les bains, la compression, les révulsifs, l'onguent mercuriel, le muriate de baryte, l'iode, le calomel, enfin par tous les moyens préconisés dans ce genre d'affections, ainsi que par le régime, qui est essentiel, comme on le sait, dans le traitement des arthrocaces. Malgré tous ces soins et cette multiplicité de moyens, le mal avait été en augmentant, et l'on opinait pour l'amputation, lorsque la pommade fut employée : elle nous procura le plus heureux succès :

Obs. I. — Le nommé V..., âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique prononcé, ressentit sans cause connue, dans la nuit du 5 février 1847, une douleur assez vive au genou droit. Cette douleur, qui amena un gonflement du genou avec impossibilité de marcher, fut successivement combattue par les antiphlogistiques, les cataplasmes, les bains, l'opium uni au calomel, les vésicatoires, l'iode, l'onguent mercuriel, la compression, les douches, en un mot par tous les moyens indiqués en pareil cas ; mais ils n'empêchèrent pas que la maladie n'empirât et ne finît par se changer en tumeur blanche.

Au mois de juillet, lorsqu'on commença l'usage de la pommade, le genou atteint était doublé de volume, le malade en souffrait tellement qu'il avait peur qu'on y touchât ; les mouvements étaient impossibles, et il existait à la partie interne trois plaies fistuleuses. La maladie était telle que tout le monde penchait pour l'amputa-

tion qui était même réclamée par le malade. C'est dans ces conditions que l'on commença à faire deux frictions par jour avec une pommade composée d'un gros de nitrate d'argent par once d'axonge. Deux gros environ étaient employés pour chaque friction. Sous l'influence de cette médication, la douleur diminua en peu de jours d'une manière notable; le volume du genou s'amoindrit également, et au bout d'un mois l'amélioration était si grande, que ce jeune garçon, qui auparavant n'osait bouger dans son lit, devint le malade le plus turbulent et le plus indiscipliné de la salle: il sautait sur les lits, et jouait toute la journée dans le jardin à la balle et aux billes, malgré nos fréquentes défenses.

Pendant le mois d'août, la dose du nitrate d'argent fut portée à un gros et demi, puis à deux gros pour la même quantité d'axonge; les frictions furent continuées comme dans le principe, et à la fin du mois, tout le monde fut obligé de reconnaître que la guérison était complète. Dans le courant du mois de septembre, le malade se plaignit de nouveau d'un peu de douleur dans le genou, ce qu'on attribua aux mouvements intempestifs auxquels il se livrait toute la journée, et l'on eut recours de nouveau à la pommade. Entretemps, ce jeune garçon fut proposé pour la réforme, et au commencement de janvier 1848, il quitta l'hôpital, ne conservant de l'affection si grave dont il avait été atteint qu'une gêne dans la flexion du membre.

Depuis cette époque, nous ignorons ce que ce jeune garçon est devenu.

Obs. II. — Le nommé D.., âgé de 16 ans, d'un tempérament lymphatique, s'est toujours bien porté jusqu'au mois d'octobre 1846, époque où il fit une chute sur la main droite, qui produisit une entorse de l'articulation radio-carpienne. Trois mois après, l'état du poignet offrait tous les caractères d'une tumeur blanche, et il fut reçu à l'hôpital le 12 février 1847.

A son entrée, l'articulation était fortement gonflée et très-douloureuse; il était impossible de fléchir le poignet; il y avait en même temps amaigrissement notable de la main. Un traitement antiphlogistique fut d'abord employé. Après des applications de sangsues et de cataplasmes, on eut recours à des vésicatoires volants; puis on entoura l'articulation malade d'un vésicatoire que l'on pansa avec l'onguent mercuriel. Plus tard, on mit en usage une pommade avec l'iode et l'hydriodate de potasse, enfin la compression, et à l'intérieur l'huile de foie de morue. Malgré ce traitement actif, la maladie fit des progrès, et on fut obligé d'inciser un foyer purulent qui s'était formé près de l'articulation. C'est à cette époque que l'on tenta l'usage de la pommade au nitrate d'ar-

gent, qui eut pour effet immédiat de faire disparaître la douleur, en même temps que le gonflement diminua d'une manière notable. On continua pendant deux mois l'usage de la pommade, et ce jeune homme quitta, le 26 octobre 1847, l'hôpital pour se rendre en congé de convalescence dans ses foyers.

Lors de la sortie, on constata une grosseur anormale de l'extrémité des os de l'avant-bras qui forment l'articulation radio-carpienne, un amaigrissement notable de la main et un léger trajet fistuleux dans l'endroit où avait été faite l'ouverture de l'abcès. Les mouvements de l'articulation du poignet étaient impossibles ; mais les doigts conservaient toute leur liberté et le malade pouvait facilement s'en servir.

Maintenant, si l'on songe à l'état dans lequel est entré ce jeune garçon, on doit se trouver heureux, nous paraît-il, d'avoir pu lui conserver la main, qui, tout amaigrie qu'elle était, lui sera toujours excessivement utile et lui facilitera certainement ses moyens d'existence. (*Archives de médecine militaire*, août 1848.)

TRAITEMENTS ORTHOPÉDIQUES.

Rapport adressé à M. le délégué du gouvernement provisoire (français), *sur les traitements orthopédiques*, de M. le docteur J. Guérin à l'hôpital des Enfants, pendant les exercices 1843, 1844 et 1845, par une commission composée de MM. Blandin, P. Dubois, Jobert, Louis, Rayer et Serres. Président, M. Orfila.

(Suite : *voir* le n° d'octobre, 1848, p. 87.)

On comptait, d'un autre côté, ce qu'avait de gênant pour les praticiens cette colonne de guérisons, rivale toujours présente, muette mais impitoyable critique de leurs revers, d'autant plus difficile à réfuter qu'il parlait au nom de données entièrement et exclusivement scientifiques. A une telle comparaison leur réfutation ne pouvait que pâlir, leur clientèle, que passer à un camp ennemi...! Haro donc sur l'importun inventeur, car sous ce rapport du moins, on ne peut nier que sa pratique ne fût, en effet, excessivement dangereuse.

Enfin pour une partie du public médical, son incompétence absolue, dans des questions où le progrès ne s'est réalisé que tout récemment, explique comment son oreille dut rester obstinément fermée à celui qui prétendait faire mieux qu'on ne lui avait enseigné de faire. Pour ceux-là, la théorie était nécessairement obscure ; ils la déclarèrent *nébuleuse* : et quant aux faits, loin de s'arrêter à en discuter la réalité, ils les taxèrent tout uniment d'*impossibles*.

Je n'essaierai pas de peindre le débordement scandaleux de haines personnelles, d'ineptes accusations, de doutes outrageants, de basses

menées que souleva alors la résistance de l'homme ainsi attaqué dans toute son existence de savant et de praticien. Malgré la loyauté de sa défense, malgré les honorables sympathies qu'une injuste persécution concilie toujours à l'opprimé, la calomnie eut, pour un temps, l'avantage de persuader à une fraction du monde scientifique, que le mensonge et l'ignorance ne se trouvaient pas de son côté.

Un moyen s'offrait cependant de ramener l'opinion et d'obtenir justice, moyen lent mais sûr. Des faits observés consciencieusement, et avancés comme vrais, avaient rencontré de l'hésitation et de l'incrédulité. M. J. Guérin n'oublia point qu'il n'était pas ici seul en cause, et que la société tout entière se trouvait intéressée à ce que le débat reçût une solution décisive. Ce terrain de la vérification expérimentale où ses adversaires refusaient de le suivre, il résolut de les y appeler; de les y entraîner de force. Au lieu d'argumenter sur les anciennes observations, au lieu de perdre son temps contre ceux qui ne craignaient pas de perdre leur réputation dans un ignoble espionnage, il prit le parti de créer de nouveaux faits.

Certes la nature qui avait fourni les prémisses ne refuserait pas de faire une seconde fois les frais de la démonstration. L'embarras n'était donc nullement pour M. Guérin, de savoir si la réponse serait cette fois conforme à son précédent langage, mais il fallait que l'expérience se répétât dans un assez grand nombre de cas, et surtout devant des juges assez compétents, assez loyaux de caractère, assez désintéressés par position, pour entraîner, avec leur jugement, le jugement public.

Cette épreuve devant laquelle eût reculé un homme moins sûr de parler au nom de la vérité, puisqu'elle ne pouvait manquer de le perdre, si elle ne le justifiait pas complétement, M. Guérin n'hésita pas à la réclamer dès les premiers doutes élevés sur l'exactitude de sa statistique. En effet, par sa lettre du 9 août 1843, il demanda au Conseil des hôpitaux « de nommer une commission chargée de s'enquérir des résultats qu'il avait publiés, de suivre pendant un temps suffisant les divers traitements mis en usage dans son service, enfin, de rechercher par tous les voies et moyens s'il n'avait pas droit à une éclatante réparation en échange des imputations dont il avait été l'objet. »

Le Conseil répondit, dans la même séance, à cette demande, en désignant, pour remplir cette mission, six médecins et chirurgiens. L'envie, je regrette d'avoir à le dire, n'a su respecter ni l'honorable motif qui avait dicté à M. Guérin cette démarche, ni les intentions si pures cependant de l'Administration qui n'avait consenti après tout qu'à lui accorder des arbitres. Dès la nomination de cette commission, on incrimina ses tendances, on affecta de pressentir ses dispositions, et en lisant les noms qui la composaient, on cria bien haut à la faveur. Faveur! Ah, bien certainement M. Guérin dut y croire, et en remercier, du fond du cœur, le Conseil : car les juges qu'il lui donnait, étaient justement ceux que leurs lumières, leur moralité, l'auréole d'indépendance et de droiture dont rayonnent leurs noms, eussent sans doute recommandé à son choix, s'il lui eût été permis de les désigner

lui-même. Cette faveur d'avoir reçu des juges capables de se former par eux-mêmes une opinion, et de la faire ensuite partager au monde savant par la seule autorité de leur parole, il doit la sentir vivement, car il a eu le rare bonheur de compter, parmi eux, MM. Serres et Rayer de l'Institut, Orfila, Paul Dubois et Blandin de la Faculté de médecine, Louis et Jobert, médecins des hôpitaux et membres de l'Académie de médecine de Paris.

J'exposerai, dans un prochain article, quels furent les travaux auxquels se livra cette commission, ainsi que les résultats importants pour la science et l'humanité, qu'amenèrent ses longues et patientes investigations.

D Vleminckx.

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — (Professeur *M. A. Uytterhoeven.*)

Du traitement de l'hydarthrose par la pommade au nitrate d'argent;

par le docteur A. Feigneaux.

En 1846, un médecin publia, dans la *Gazette des hôpitaux de Paris*, ses essais sur l'emploi de la pommade au nitrate d'argent, contre les épanchements séreux des articulations, et fit connaître le mode d'action de ce nouveau moyen thérapeutique.

Mis en usage, par M, A. Uytterhoeven, quelques mois après cette publication, le traitement fut couronné d'un succès complet.

Appuyer la théorie par des faits, tel est le moyen que doit employer le médecin, pour faire admettre la vérité d'un principe. Aussi croyons-nous ne pouvoir mieux faire que de publier la relation des observations suivantes, pour prouver l'efficacité de l'agent thérapeutique en question,

Obs. I. — *Deroen* (*Jean*), âgé de 34 ans, menuisier, d'un tempérament lymphatique, fait son entrée à l'hôpital le 22 décembre 1846, pour y être traité d'une tumeur ayant son siége au genou gauche, et dont il ne peut renseigner la cause. Elle présente tous les symptômes d'une hydarthrose; seulement la saillie interne sur les côtés de la rotule et de son ligament est plus volumineuse que celle qui apparaît extérieurement. Les mouvements produits dans l'articulation par la flexion de la jambe sur la cuisse ne réveillent aucune douleur.

La pommade composée de :

℞. Nitrate d'argent cristallisé. . . . . ʒi.
Eau distillée quantité suffisante pour dissoudre.
Axonge . . . . . ℥i.

est mise en usage; mais le succès ne fut que momentané; après une diminution notable de l'épanchement diarthrodial, nous constatâmes le relâchement des ligaments du genou.

Dès lors il fallut abandonner l'épanchement et traiter l'affection profonde de l'articulation.

A cet effet, le genou fut entouré de moxas ; le membre fut maintenu dans l'immobilité. Un régime fortifiant et l'huile de morue administrée à l'intérieur, d'après la méthode des docteurs Schenk et Fehr, complétèrent le traitement qui amena la cure de la maladie.

Le malade sortit de l'hôpital, le 19 juillet 1847, avec l'ankylose du genou.

Obs. II. — Le nommé *Dekerkx* (*Pierre*), 30 ans, boulanger, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital, le 15 janvier 1847, atteint d'une tumeur au genou gauche.

Le début date de huit jours, à la suite d'un refroidissement. La marche de la maladie fut lente bien que progressive.

La tumeur est molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau ; elle est circonscrite par les ligaments capsulaires antérieurs et latéraux distendus, qu'elle dépasse supérieurement en se propageant entre le fémur et le muscle triceps crural. Indolente et ne gênant point les mouvements de l'articulation, elle cède à la moindre pression, mais ne conserve pas l'impression des doigts. Par la flexion de la jambe sur la cuisse, elle devient plus dure, plus tendue et s'élargit sur les côtés de la rotule; par l'extension, au contraire, la tumeur se ramollit et devient plus fluctuante.

Le jour même de l'entrée, le membre est placé dans une gouttière en zinc, les onctions sont prescrites deux fois par jour avec la pommade au nitrate d'argent, et chaque fois le genou est recouvert d'un taffetas gommé, afin de protéger les literies contre l'action du caustique.

Le 16, le genou offre une teinte brunâtre. Le malade dit avoir ressenti des douleurs assez vives dans la partie malade, durant quelques instants après l'application du remède. Nonobstant on répète les onctions comme la veille, et elles sont continuées les jours suivants.

Le 19, la peau a pris une couleur brun-bronzée; le liquide commence à être absorbé, et une diminution notable se manifeste dans les parties tuméfiées.

La formule est renouvelée, le traitement continué jusqu'au 1er février, époque à laquelle l'épiderme se ride, et se détache. Le liquide est complétement résorbé, et le genou n'offre plus qu'une flaccidité de la peau, dépendant de la distension extrême qu'elle a subie.

L'attelle jambière est enlevée le 2 février : le membre est rendu à ses mouvements, et le 13 du même mois, le boulanger reprend ses travaux.

Obs. III. — *Vanleeuw* (*Guillaume*), âgé de 15 ans, d'un tempérament lymphatique, sans profession, entre à l'hôpital le 25 septembre 1847, atteint d'une hydarthrose du genou droit, suite d'un refroidissement.

A son arrivée l'épanchement date de huit jours.

Le 25 septembre, le membre est condamné à l'immobilité et onctionné avec la pommade au nitrate d'argent.

La guérison suivit sa marche ordinaire, et le malade sortit le 11 octobre suivant.

Obs. IV. — *Dierickx* (*Jean-Baptiste*), âgé de 18 ans, menuisier, d'un tempérament sanguin, fit une chute sur le genou, huit jours avant son entrée à l'hôpital.

Le 13 novembre 1847, il se présente à la visite avec une forte contusion du genou droit, accompagnée d'un épanchement considérable dans l'articulation : cette partie est gonflée, rouge, douloureuse, tuméfiée. Mouvement fébrile général.

Les accidents inflammatoires sont promptement conjurés par l'immobilité du membre et par plusieurs applications de sangsues *loco dolenti*, suivies de cataplasmes émollients.

Le 20, la pommade au nitrate d'argent fut prescrite. Ses succès furent semblables à ceux décrits précédemment, et le malade sortit le 12 décembre.

Obs. V. — *Froment*, (*Louis*), âgé de 35 ans, peintre, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, entre à l'hôpital le 12 janvier 1848, atteint, depuis dix semaines, d'une hydarthrose de l'articulation tibio-tarsienne droite, causée par un refroidissement.

La partie malade n'offre plus aucun caractère inflammatoire. La tumeur est soumise le même jour au traitement par la pommade au nitrate d'argent. Le malade fut guéri sans la moindre complication en seize jours. Le 28 février il quitta l'hôpital.

Obs. VI. — *Vangeen* (*Philippe*), âgé de 13 ans, d'un tempérament lymphatique, sans profession, entre à l'hôpital pour y être traité d'une hydarthrose aiguë du genou droit.

La maladie date de six jours et reconnaît pour cause le séjour dans une habitation humide.

Le genou est tuméfié, douloureux, rouge et d'une température plus élevée que celle du reste du corps. Ces symptômes locaux sont accompagnés d'un mouvement fébrile général.

Le 9 mars 1848, vingt sangsues sont appliquées sur le genou et renouvelées de manière à conserver un écoulement de sang permanent durant vingt-quatre heures. La partie malade est recouverte ensuite de cataplasmes émollients de mie de pain blanc. Le membre est maintenu dans l'extension.

Le 13, les symptômes inflammatoires ayant cédé à la médication antiphlogistique, il ne resta plus à traiter que l'épanchement synovial.

A cet effet, le même moyen thérapeutique fut préconisé que dans les cas précédents ; la pommade fut composée de

℞. Nitrate d'argent cristallisé. . . . ʒii.
Eau distillée, q. s.
Axonge . . . . . ʒj.

L'énergie de cette préparation fut plus grande, l'épanchement se résorba plus promptement, et le malade sortit le 21 mars 1848.

Obs. VII. — Le nommé *Cammaert* (*Joseph*), âgé de 11 ans, ouvrier

cigarier, entre à l'hôpital le 12 septembre 1848, offrant une tumeur à la région prérotulienne droite.

Cause, symptômes et marche de la maladie. — Cet enfant, en descendant un escalier, fit un faux pas et tomba sur le genou deux semaines avant son arrivée dans le service chirurgical. Au moment de la chute, il ressentit une douleur vive dans l'articulation, et bientôt il se fit un développement progressif d'une double saillie sur les côtés de la rotule et de son ligament ; insensiblement cet os fut soulevé et les saillies osseuses de cette région furent effacées. Dans la flexion de la jambe, la tumeur devenait plus dure, plus large, plus saillante, de telle sorte que la rotule semblait déprimée. Dans l'extension, la tumeur se ramollissait, la fluctuation était plus apparente, la rotule était très-mobile, comme flottante, facilement déprimée et aussitôt ramenée sur la portion articulaire du fémur,

Traitement. — Le petit malade, confié aux soins d'un médecin en ville, avait déjà subi un traitement, plusieurs exutoires avaient été appliqués sans succès. Le jour de son entrée, l'enfant fut mis au lit, le membre placé dans une gouttière en gutta-percha et le genou recouvert d'un large emplâtre de savon camphré.

Le 17 septembre, la tumeur, ne présentant aucune amélioration, fut soumise au traitement du docteur de Biéchy ; journellement les onctions avec la pommade au nitrate d'argent furent répétées jusqu'au 28 septembre 1847, époque à laquelle la résolution fut complète.

Le 28, le malade put se lever et le lendemain il quitta l'hôpital.

Tricot (*Catherine*), âgée de 20 ans, servante d'un tempérament lymphatique, se présente à la consultation le 9 février 1847; elle est atteinte d'une hydarthrose rhumatismale du genou gauche. Cette région n'offre aucun symptôme inflammatoire.

Le même jour, le membre est placé dans l'immobilité et journellement la tumeur est onctionnée avec la pommade au nitrate d'argent.

Le 18, la rotule et son ligament avaient repris leur position normale; les mouvements du membre étaient redevenus libres et le 22 février la malade rentra dans son service.

Des observations qui précèdent nous pouvons conclure :

1° Que la pommade au nitrate d'argent a une action résolutive sur les épanchements séreux des articulations.

2° Que cet agent thérapeutique ne peut être mis en usage dans cette maladie, qu'après en avoir conjuré l état inflammatoire.

3° Que l'énergie de ce topique est proportionnée à la dose de sel d'argent qui entre dans sa composition.

4° Qu'il est indispensable de dissoudre le sel argentique dans l'eau, avant de l'incorporer à l'axonge, afin d'éloigner l'action rubéfiante et cautérisante du nitrate d'argent sur la peau, et d empêcher la formation des vésicules, qui sans cette précaution apparaissent infailliblement.

Et enfin 5° Qu'ordinairement des douleurs vives mais passagères se déclarent dans les points soumis à l'action du topique.

CLINIQUE DE LA MATERNITÉ. — (Professeur, *M. Van Huevel.*)

Application du forceps-scie.

Observation recueillie par M. Hippolite Jorez, élève interne.

Élisabeth B....., âgée de 25 ans, est entrée à la Maternité de Bruxelles, le 11 novembre 1848, dans l'après-midi.

A terme de sa première grossesse qui a parcouru ses périodes sans accidents, cette femme est déjà en travail depuis la veille.—Complexion délicate, système musculaire peu développé, tempérament lymphatique, traces de rachitisme aux extrémités inférieures fortement déviées; les reins présentent une ensellure remarquable; la taille n'a que 3 pieds 9 1/2 pouces de France (1 m., 23 centim.).

Par le toucher, on arrive facilement à la saillie sacro-vertébrale, inclinée du côté droit. L'orifice utérin est peu dilaté, résistant, la poche des eaux entière, et le fœtus plein de vie.

L'étroitesse du bassin est évidente, il s'agit d'en préciser la capacité. On a recours à une mensuration comparative au moyen de plusieurs pelvimètres, appliqués à deux reprises différentes. — Le compas d'épaisseur de Baudelocque donne 6 pouces pour le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal: soustraction faite de l'épaisseur présumée des parties osseuses, il reste 3 pouces.

Avec le doigt index, on trouve 2 pouces 11 lignes : 6 lignes déduites pour l'obliquité parcourue laissent 2 pouces 5 lignes.

Enfin, par le petit pelvimètre géométrique, on obtient, pour l'étendue qui va de la saillie prévertébrale au mont de Vénus, 3 pouces 9 lignes; puis, pour l'épaisseur de la paroi pubienne, 1 pouce 8 lignes : ce qui donne 2 pouces et 1 ligne pour le diamètre sacro-pubien.

Constatons, en passant, ces différences : 11 lignes de plus par le compas d'épaisseur et 4 lignes par l'index, comparativement à la mesure prise par le pelvimètre de M. Van Huevel.

Le travail de l'accouchement est peu avancé ; les douleurs sont trop faibles pour exiger une décision immédiate. On remet donc au lendemain le parti qu il y aura à prendre pour délivrer cette malheureuse. — Prescriptions : bain tiède général, lavement émollient.

Le 12 au matin, la femme est dans l'état suivant; pâleur de la face, pouls calme mais faible, contractions utérines peu fortes, éloignées, col assoupli et dilaté presque comme une pièce de cinq francs, poche des eaux rompue; position transversale du sommet de la tête (occipito-iliaque droite).

Plusieurs médecins et élèves, se trouvant réunis à la Maternité, constatent l'état de la femme, celui du bassin, et la vie du fœtus. Tous sont d'accord qu'il faut recourir à une délivrance artificielle. M. Van-Huevel est d'avis que toute opération, autre que l'hystérotomie ou l'embryotomie, serait inutile et nuisible; il ajoute que jamais à la Maternité il n'a vu réussir pour la mère une opération césarienne, quelles que fussent l'époque du travail et les circonstances favorables dans lesquelles on l'avait pratiquée. Quant à l'embryotomie, il convient que

les chances de succès seront ici bien minimes, vu l'étroitesse extrême du bassin. En conséquence, il invite ses confrères présents à vouloir exprimer leur opinion sur ce qu'il y aurait de mieux à faire dans le cas dont s'agit.

Des doutes s'étant élevés sur la possibilité du passage de l'enfant, même après la section de la tête, on mesure le diamètre transversal du détroit supérieur au moyen du pelvimètre géométrique à ceinture. On constate 4 pouces 3 lignes d'étendue.

Les avis se partagent alors entre l'opération césarienne et la section du crâne; mais les partisans de ce dernier procédé l'emportent, surtout après que la femme eut déclaré ne pas vouloir se soumettre à une opération sanglante sur elle-même.

On fixe à 3 heures de l'après-dîner le moment d'agir, pour remettre en attendant la femme au bain, et lui faire des injections prolongées, dans le but d'obtenir une dilatation plus complète du col de la matrice.

Au moment convenu, la femme est mise sur le lit de travail; on pratique d'abord le cathétérisme après avoir baptisé l'enfant. Le col est souple sans être entièrement ouvert. On conçoit qu' à défaut de la poche des eaux, la tête du fœtus, appuyée sur la saillie du sacrum et au-dessus du rebord du pubis, ne peut pas distendre l'orifice utérin. Cependant l'introduction du forceps-scie se fait avec facilité, et achève la dilatation; (1) la section de la tête s'achève en moins de trois minutes, sans aucune souffrance pour la femme. On voit s'écouler la masse cérébrale presque tout entière. Le forceps et le premier segment de la tête sont retirés; quant au second, adhérent au tronc, l'opérateur est obligé pour l'extraire de recourir à la pince de Plenck, armée de dents, et au crochet mousse qu'il place à l'intérieur du crâne, derrière l'apophyse d'Ingrassias. De la main gauche, introduite dans le vagin, il va protéger la paroi postérieure de ce canal contre les saillies osseuses; de la droite, il fait sur le crochet des tractions fortes et continues qui restent d'abord sans effet; mais peu à peu le tronçon de la tête descend, et enfin le corps lui-même apparaît au-dehors.

Pour faire la délivrance, on attend que la matrice se contracte. Dans l'intervalle, on examine l'enfant que l'on trouve de volume ordinaire. La tête a été coupée par le milieu du pariétal gauche jusqu'au-dessus de l'oreille droite.

Une demi-heure s'écoule avant que de légères douleurs viennent indiquer le moment de la délivrance. Sans grands efforts, on fait alors l'extraction du placenta, laquelle est suivie d'hémorrhagie : 30 grains de seigle ergoté, en 3 doses, arrêtent bientôt l'écoulement sanguin.

La femme est placée dans une chambre séparée. A la visite du soir, on lui trouve le pouls accéléré, la matrice dure. — Potion laudanisée, cataplasme sur le ventre, tisane tiède pour boisson.

(1) L'instrument dont on s'est servi offre la courbure du forceps d'Hatin, mais les cuillers en sont beaucoup plus étroites. La gaîne conductrice de la scie règne tout près du bord antérieur, et les lames courbes-dentées s'engagent sous l'entablement, comme dans le modèle à coulisses droites.

Le 13 au matin, état général satisfaisant : le pouls est calme, la peau naturelle, la langue humide, le ventre non douloureux à la pression, l'utérus assoupli ; les lochies coulent et les urines ont été rendues sans le secours de la sonde. — Continuation du cataplasme sur l'abdomen, boissons tièdes, soupe au lait.

Le 14, même état que la veille. Dans la soirée, le pouls s'accélère ; la peau est un peu chaude, les lochies ont de l'odeur ; le ventre présente du ballonnement. — Diète, injections d'eau tiède, cataplasme, et, pour le lendemain matin, bain général d'une heure, avec injections prolongées, suivies de l'usage de 1 grain de calomel toutes les heures, comme évacuant.

Le 15 à midi, le pouls est plus calme, la peau fraîche, la langue bonne, le ventre aplati, non sensible ; la matrice molle, et les lochies moins odorantes ; il y a eu une selle. — Continuation du cataplasme et du calomel à doses éloignées, injections fréquentes avec de l'eau légèrement chlorurée.

Le soir, plusieurs selles fétides ont été rendues avec coliques. Du reste, l'état général est satisfaisant. Suppression de la médication à l'intérieur.

Le 16, il ne reste qu'un peu d'agitation dans le pouls. Les lochies ont perdu de leur odeur ; il y a eu encore des selles dans la nuit. — Cataplasme sur le ventre, injections chlorurées, soupes au lait.

Le 17, amélioration croissante. On supprime le cataplasme ; le reste comme ci-dessus.

Le 18, convalescence complète. On accorde des bouillons au gras, et l'on réduit les injections à deux par jour.

Depuis ce moment on augmente graduellement la nourriture. La femme s'est levée le 8e jour de ses couches, et a quitté la Maternité le 12e, entièrement rétablie.

Cette observation suggère plus d'une réflexion. Et d'abord, que dire des anciennes méthodes de mensuration pelvienne? Des faits nombreux ont prouvé que toutes sont plus ou moins vicieuses ; et, si le doigt est un excellent moyen d'exploration, c'est à coup sûr un moyen très-infidèle de mensuration, surtout pour le détroit supérieur. Aussi, on a lieu de s'étonner de trouver encore dans les traités d'accouchements les plus modernes que *le meilleur des pelvimètres est le doigt d'un accoucheur exercé.* Que de temps ne faut-il pas, même chez les gens instruits, pour détruire une erreur vulgaire !

Un autre enseignement ressort de ce qui précède : c'est qu'avec les pelvimètres géométriques on peut, à une ligne près, déterminer exactement les dimensions du bassin ; et comme la tête d'un enfant ne dépasse guère de beaucoup, en plus ou en moins, un terme moyen assigné à son volume ordinaire, il s'ensuit qu'on ne doit plus recourir à des manœuvres dangereuses pour s'assurer si le fœtus passera à travers cette filière osseuse. Aussi, M. Van Huevel recommande-t-il, en cas de viciation pelvienne, de faire le moins de tentatives inutiles que possible, l'expérience lui ayant démontré que tous ces tâtonnements sont

nuisibles ou funestes à la mère et à l'enfant. En pareille circonstance, le toucher et la mensuration ayant été pratiqués, il prescrit de se résoudre sans hésitation à l'*emploi exclusif* du forceps ordinaire, de l'embryotomie ou de l'opération césarienne en temps opportun, tout retard ou fausse manœuvre devant compromettre le succès de la délivrance finale, et dans le cas où l'on aurait eu recours au forceps sans obtenir de résultat, il ne faudrait pas trop répéter les tractions, ni les faire outre mesure.

C'est ainsi que, dans la consultation précitée, il a demandé qu'on se décidât pour l'une ou l'autre opération, et qu'on agît à l'instant convenable dans le sens arrêté. Il attribue à cette conduite le peu de danger qu'a couru la femme après sa délivrance ; et il n'a eu que des succès à enregistrer depuis qu'il s'est borné à faire usage immédiat du forceps-scie, sans recourir au préalable à d'autres instruments.

Faisons remarquer aussi la facilité et la rapidité d'exécution, l'innocuité de cette opération pour la mère, et le succès dont elle a été suivie. L'application du forceps-scie n'a point offert d'obstacles ; la section de la tête s'est faite promptement et sans douleurs ; quelques minutes après, l'enfant était extrait ; enfin, il n'y a eu que de très-légers symptômes d'irritation consécutive, bien qu'une influence épidémique régnât parmi les femmes à la Maternité.

Quel autre instrument, quelle opération aurait eu les mêmes avantages ? Quand on songe à l'étroitesse du bassin, à la douceur du procédé opératoire et aux suites d'un pareil accouchement, on est tenté de faire des vœux pour que le forceps-scie bannisse enfin de la pratique ces instruments et ces manœuvres, dont la seule valeur consiste dans la force aveugle. Car les lésions, produites par les violences exercées sur les organes sensibles de la femme, sont des causes souvent insurmontables d'accidents graves, et d'affreux mécomptes.

Grand Hospice des Vieillards.

Service de M. Victor Uytterhoeven.

Observations recueillies par M. Delvaux, élève interne.

Les moyens mis en usage pour obtenir la vésication sont nombreux ; mais si l'on prend en considération la haute utilité que ce genre de médication offre aux praticiens, si l'on songe d'ailleurs aux inconvénients reprochés à la plupart des vésicants préconisés jusqu'à ce jour, on n'accueillera pas, sans quelque faveur, un moyen nouveau d'une action aussi prompte qu'efficace, et dont l'opportunité d'application est facile à saisir.

Le vésicant dont il s'agit est l'azotate d'argent ou pierre infernale ; *vade mecum* des chirurgiens de ville et de campagne, voire même de la plupart des médecins jaloux d'étendre les limites de leurs préroga-

tives sur le domaine de la chirurgie. Les réflexions suivantes, au sujet de l'action que ce précieux médicament exerce sur la peau, faciliteront son appréciation comme vésicant, et quelques observations, puisées à bonnes sources, contribueront sans doute à satisfaire les exigences des praticiens méthodistes.

L'action générale de l'azotate argentique sur les tissus est, comme on sait, une action déshydrogénante. Lorsque ce sel se trouve en contact avec un corps organique, il se décompose en acide azotique, oxygène et argent métallique à l'état moléculaire. L'argent est déposé; c'est lui qui donne la coloration au tissu, tandis que l'oxygène de l'oxyde argentique et celui de l'acide azotique décomposé s'emparent de l'hydrogène pour former de l'eau.

Lorsqu'on met l'azotate d'argent en contact avec la peau, l'effet produit varie selon la quantité plus ou moins grande de ce sel employé.

Si la quantité est minime, il n'agit que sur les cellules épidermiques, elles sont désorganisées; l'argent métallique réduit à l'état moléculaire se combine avec leurs éléments; le tissu épidermique prend une coloration noire brunâtre due à l'argent métallique lui-même, et après un temps plus ou moins long, le tissu se détache et tombe.

Mais si l'action du nitrate argentique est continuée pendant un temps plus long, le derme même est entamé et l'effet produit varie selon que la désorganisation a lieu superficiellement ou profondément.

Dans le premier cas, une abondante sérosité soulève la couche épidermique *altérée*, et produit la *vésication*.

Dans le second cas, le derme étant désorganisé dans son épaisseur, il produit une eschare.

Si l'on considère maintenant que la peau est plus ou moins épaisse, plus ou moins sensible, suivant les régions du corps qu'elle occupe, suivant l'âge, le sexe, etc., l'on comprendra tout d'abord qu'il faut un certain tact pour user la quantité d'azotate argentique nécessaire pour désorganiser les couches épidermiques et obtenir un effet vésicant sans désorganiser le derme.

Les principes qui dirigent les praticiens, dans l'emploi des escharotiques en général, les guideront dans l'occurrence pour éviter des résultats inattendus.

Faut-il maintenant procéder à l'énumération de tous les cas où la vésication, au moyen du nitrate d'argent, peut produire des effets thérapeutiques utiles? Citer les névralgies, les pleurodynies, les sciatiques, les rhumatismes, etc., pour faire valoir l'importance du remède, l'efficacité si peu douteuse de son application, la promptitude de ses résultats? Non, sans doute, il suffira de rapporter quelques observations pour lever toutes les objections que l'on pourrait présenter contre l'utilité de ce moyen de vésication.

La nommée *Claes* (*Madeleine*), pensionnaire de l'Hospice des Vieillards, convalescente d'une pleuro-pneumonie adynamique avec parotidite, se plaignait, le 3 septembre 1848, de fortes douleurs dans la région sus-épineuse gauche, et à la partie latérale du cou, le long du

muscle trapèze. Les douleurs augmentaient par le moindre mouvement. L'exposition à un courant d'air avait donné lieu au développement de cette affection rhumatismale. — On cautérisa la peau de la région sus-épineuse avec l'azotate argentique en *crayon trempé dans un peu d'eau au moment même de l'application.* Une ampoule fut produite une heure et demie après ; l'épiderme enlevé, une légère suppuration s'établit, et le mal céda au bout de dix heures environ, comme par enchantement.

Immédiatement après la cautérisation, la région cautérisée avait été couverte d'un emplâtre de cérat de Galien, et ce pansement fut continué jusqu'à la cicatrisation qui s'obtint en moins de quatre jours.

Le nommé *Bonfort* vint consulter M. Uytterhoeven à l'heure de sa visite au même hospice. Un point de côté fort vif tourmentait le vieillard depuis la veille. Les douleurs s'irradiaient le long de la 7me côte vers le dos.

L'auscultation n'ayant rien fait découvrir du côté des organes pectoraux, on procéda à la cautérisation de l'endroit douloureux avec l'azotate d'argent préalablement trempé dans l'eau.

La douleur disparut à mesure de l'opération. Une vésicule se produisit au bout d'une heure. Une compresse avec du cérat fut appliquée sur la plaie. Le lendemain, la guérison de la pleurodynie fut confirmée, et la cicatrisation avec chute de l'épiderme détruit ne se fit pas attendre.

Le même moyen fut immédiatement appliqué chez la nommée *Demaître*, (*Marie*), atteinte de pleurodynie, à la partie gauche du thorax. Les douleurs s'étaient développées avec une si grande violence, que la malade jetait de hauts cris. La guérison fut aussi prompte qu'inattendue ; dans la journée toute douleur avait disparu. La vésication fut soignée comme on soigne le résultat de l'application d'un vésicatoire ordinaire.

Un mot sur le procédé opératoire. Pour éviter les inconvénients d'une médication irrégulière, il est nécessaire de frotter légèrement, mais également la pointe du crayon chargée d'une goutte d'eau sur toute l'étendue de la surface où la vésication doit être produite, et pendant tout le temps nécessaire à la production d'une coloration *grise*. Cet effet est produit, terme moyen, au bout d'une minute et demie.

Si l'on doit obtenir une action plus profonde à cause de l'épaisseur de l'épiderme, ou en vue d'un effet thérapeutique plus prononcé, on recommence l'opération sur la même surface, et en prenant les mêmes précautions.

Ce vésicant a toujours, dans la clientèle civile comme à l'hospice des Vieillards, répondu à l'attente de M. V. Uytterhoeven.

DU TRAITEMENT DES BUBONS SYPHILITIQUES ET DES ENGORGEMENTS GLANDULAIRES DE NATURE SCROFULEUSE, AU MOYEN DE LA POMMADE DE NITRATE D'ARGENT ;

Par M. Lutens, médecin de régiment, à Anvers.

Parmi les formes différentes sous lesquelles se montre la maladie vénérienne, peu présentent autant de difficultés dans leur traitement que les bubons. Aussi a-t-on préconisé un grand nombre de médications pour combattre ces affections. On a eu recours aux applications émollientes, à l'emploi de l'eau froide, à la méthode des vésicatoires d'après Malapert, enfin aux incisions larges et étendues dans les tumeurs suppurantes, ou bien encore aux ponctions successives, à la compression, etc.

Si les bubons qui dépendent uniquement d'une irritation sympathique se dissipent facilement et sans suppuration, il n'en est pas de même des bubons virulents qui offrent toujours un caractère grave, insidieux, entretenu par la cause infectante. Ceux-ci sont en général le siége d'une vive inflammation qui s'étend jusqu'aux ganglions sous-aponévrotiques et au tissu cellulaire graisseux de la région de l'aine, et présentent la forme d'une tumeur volumineuse, très-douloureuse, qui le plus souvent occasionne des suppurations opiniâtres et des décollements très-étendus. Cette affection est donc grave, et tout moyen pouvant faire obtenir des succès, dans des cas donnés, mérite notre attention.

L'hôpital d'Anvers contient toujours une cinquantaine de vénériens dans ses salles : j'ai remarqué que les chancres y sont très-fréquents, proportion gardée avec les autres accidents vénériens, et qu'ils offrent une étendue et une dureté qui ne laissent aucun doute sur leur caractère huntérien. Cela tient-il à ce que Anvers est un port de mer, et partant, aux fréquentes communications avec les marins ? C'est une question qu'il est difficile de résoudre ; mais il en résulte que les bubons virulents s'y montrent aussi en assez grand nombre, et que les expériences dont je donne ici le résultat ont été faites sur une large échelle.

Depuis longtemps j'avais observé que les incisions larges occasionnent fréquemment des plaies ulcéreuses rebelles, entretenues par le décollement de la peau, et que, dans les cas les plus favorables, la guérison s'obtenait lentement et donnait lieu à une cicatrice difforme. J'avais également constaté l'inefficacité des applications de sangsues ou de cataplasmes dans l'invasion de la maladie, et l'extrême difficulté d'arrêter le développement de ces tumeurs, ou d'en obtenir la résolution.

Aucune des méthodes de traitement indiquées plus haut ne m'a-

vait donné des résultats satisfaisants dans la généralité des cas. J'eus donc recours à la pommade de nitrate d'argent.

J'avais lu différents articles sur l'action dynamique des médicaments dans les *Annales de Thérapeutique* de M. Rognetta, et entre autres sur la propriété hyposthénisante de l'azotate d'argent dans les phlegmasies chroniques des articulations.

Une occasion favorable me permit d'en constater la réalité : M. le médecin de régiment Decaisne, chargé du service de la chirurgie, nous avait réunis près d'un jeune soldat atteint d'une tumeur blanche du genou. Il était fortement question entre nous de faire l'amputation du membre, lorsque je proposai de recourir au nitrate d'argent, en rappelant les succès de l'école italienne. Ma proposition fut approuvée et mise à exécution par M. Decaisne. Le résultat nous étonna : l'état général du malade s'améliora rapidement, et la guérison de la tumeur blanche s'obtint complète et entière.

Pour se servir du nitrate d'argent en pommade, on fait dissoudre un gros de cette substance dans une suffisante quantité d'eau distillée, puis on y ajoute une once d'axonge. Cette précaution est nécessaire pour éviter que les parcelles non dissoutes n'irritent la peau et ne produisent des excoriations.

Voici maintenant la manière d'employer ce moyen dans les bubons. On pratique deux frictions par jour : une le matin, une le soir. A chaque friction on consomme ainsi environ deux gros de pommade. Après trois ou quatre jours, la peau devient noire et brillante. Au lieu de suspendre le traitement jusqu'à la chute des feuillets épidermiques, on enlève ceux-ci, soit avec les ongles, soit avec une spatule, et on recommence les frictions. Je dois faire remarquer ici que l'enlèvement de la croûte épidermique au fur et à mesure qu'elle se forme est une heureuse modification introduite par notre collègue, M. Decaisne; de cette manière, l'action du remède n'est pas interrompue. Ces frictions n'occasionnent jamais de douleurs, mais quelquefois de légères démangeaisons; elles sont continuées jusqu'à la disparition de la tumeur, ou jusqu'à ce que la suppuration soit assez bien prononcée pour nécessiter quelques ponctions.

Les succès obtenus dans le traitement des bubons m'ont engagé à employer cette pommade dans les engorgements glandulaires du cou ou des aines : ces adénites ne se sont pas moins facilement dissoutes sous l'influence de ce topique. Depuis lors, je me dispense de recourir aux sangsues, aux cataplasmes, aux vésicatoires et autres moyens qui compliquent le service et augmentent la dépense.

La plupart des bubons vénériens traités par le nitrate d'argent

existaient chez des hommes atteints de chancres étendus et évidemment indurés.

J'ai aussi traité des bubons à toutes les périodes : les uns se présentèrent à l'état d'invasion, et ceux-ci se guérirent par résolution ; d'autres offrirent déjà un empâtement sensible, signe précurseur de la suppuration : souvent cet empâtement se dissipa d'une manière très-rapide, et le bubon disparut ; quelquefois même la suppuration était manifeste, et cependant, sous l'influence des frictions, le pus s'absorba, et la résolution s'obtint encore. Toutefois, lorsque l'abcès résistait à l'emploi de la pommade, je pratiquais trois ou quatre ponctions avec la pointe d'un bistouri pour faciliter la sortie du pus et éviter le décollement de la peau. Dans ces cas, j'eus recours à la compression, et quelquefois aux injections irritantes dans le foyer, pour obtenir le recollement des parois.

En résumé, cette médication est un résolutif puissant qui calme rapidement la douleur et dissipe à vue d'œil le gonflement des glandes et du tissu cellulaire ambiant. Ses avantages sont : la rapidité de la guérison, l'absence complète de toute cicatrice ou induration, la facilité et l'innocuité bien constatée des moyens employés.

Je dois ajouter que je n'ai pas toujours obtenu des résultats heureux ; il m'est arrivé dans certains cas de voir mes efforts échouer devant l'opiniâtreté du mal. Aussi n'ai-je nullement l'intention de considérer la pommade de nitrate d'argent comme un moyen infaillible, mais bien comme un précieux topique qui trouve fréquemment ses indications dans les maladies dont il s'agit. Je ne puis oublier non plus de faire remarquer que tous les malades ont été soumis à un traitement mercuriel.

La même médication a été également mise en usage contre les bubons indolents et les engorgements glandulaires du cou ou des aines ; mais le traitement a été en général plus long et plus difficile. Le travail phlegmasique chronique de ces dernières affections, leur caractère atonique, leur indolence, paraissent des conditions moins favorables que l'inflammation plus franche et plus aiguë des bubons dont j'ai parlé plus haut.

(*Archives de médecine militaire*; août 1848.)

RÉFLEXIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE ;

Par A.-H. Knapen, médecin de régiment, à Tournay.

La fièvre typhoïde a fixé l'attention des médecins observateurs

de tous les temps. Les descriptions laissées par les auteurs grecs et latins, les symptômes indiqués par les écrivains qui les ont suivis, ne laissent aucun doute sur l'existence de cette maladie à toutes les époques et dans tous les lieux; cependant, malgré cette longue suite de travaux, il est vrai de dire que cette grave affection est l'une de celles, sur la nature desquelles il règne encore le plus de doute et qui ont provoqué le plus de schismes.

Quoique nous ne puissions pas, par des faits nouveaux, faire sortir cette question du doute où elle est plongée, nous avons cependant cru bien faire en exposant les idées que notre propre observation et la méditation de l'ensemble des travaux sur la matière nous ont fait concevoir.

Il n'existe pas de maladie qui ait reçu plus de noms divers, qui ait été envisagée sous des points de vue plus différents ; cependant, nous ferons remarquer que l'étymologie des dénominations, qui lui ont été données, prouve que les médecins se sont rangés principalement sous deux bannières distinctes : sous celle du *vitalisme* ou de l'*hippocratisme*, qui la considère comme un maladie primitivement générale, une fièvre, et sous une autre, qui la proclame une maladie primitivement locale. Cette dernière école, appelée *organique* ou *anatomique*, base surtout sa doctrine sur les altérations ou lésions de l'intestin grêle, lesquelles, comme on le sait, intéressent les glandes de Peyer et de Brunner. Le professeur Bouillaud établit même en principe : « que l'inflammation de l'intestin « grêle est à la fièvre typhoïde ce que l'inflammation du poumon « est à la pneumonie. » C'est là une opinion que nous ne pouvons admettre et que nous chercherons à combattre.

Il est vrai que la lésion des follicules muqueux de l'intestin grêle se trouve dans presque tous les cas, et que cette proportion est si considérable, que l'on ne peut s'empêcher de regarder la loi comme générale. Cependant il est quelques faits, observés par des hommes dignes d'une entière confiance, où tous les symptômes extérieurs de la fièvre typhoïde se rencontraient, et où les lésions intestinales manquaient. M. le professeur Andral a cité dans sa *Clinique médicale* des observations d'individus qui ont succombé à la fièvre typhoïde, et chez lesquels on n'a pu constater ni l'exanthème intestinal, ni même aucune altération du tube digestif qui pût expliquer la mort. M. Louis a relaté des faits analogues. Nous noterons, en outre, que ces mêmes lésions ont souvent fait défaut chez les vieillards qui avaient offert les symptômes les plus caractéristiques d'une affection typhoïde. Nous savons que bien longtemps on a cru que cette maladie était seulement propre à un certain âge :

celui de 18 à 40 ans. Mais Rilliet et Taupin (1) ont mis hors de doute son existence dans l'enfance, et d'autres travaux intéressants, ceux surtout du docteur Beau (2), ont prouvé qu'elle se montre aussi parmi les maladies de la vieillesse; seulement, à cause des changements que l'âge a successivement introduits dans la vie végétative de l'homme, elle y constitue une variété bien plus tranchée que dans l'enfance. Les follicules de Peyer, en effet, ne se rencontrent plus, ou au moins rarement, dans l'âge avancé; leurs parois deviennent plus molles, plus minces; elles perdent leur densité, et finissent par s'effacer totalement, ou du moins en majeure partie. Tandis qu'ordinairement on en trouve 30 à 40 dans l'intestin de l'adulte, celui du vieillard n'en montre souvent que 8, 10 ou 12, et parfois plus du tout. Ces formations glandulaires sont donc des organes temporaires qui semblent être en rapport plus ou moins direct avec la faculté digestive, selon les besoins actuels de l'organisme, et qui disparaissent chez le vieillard, chez qui le peu d'activité de la digestion ne paraît plus exiger leur concours dans cette fonction. Non-seulement l'anatomie de l'homme, mais aussi l'anatomie comparée des mammifères, nous enseignent le but relatif de ces développements glandulaires de la muqueuse intestinale, dans cette partie de son trajet où elle paraît plus spécialement destinée à la fonction sécrétoire (3).

L'absence ou la rareté des glandes de l'iléon chez le vieillard fournit l'interprétation toute naturelle de l'absence chez lui des symptômes par lesquels leurs altérations sont marquées chez l'adulte, tels que la diarrhée, la douleur à la région iliaque droite, le gonflement du ventre, etc. La fièvre typhoïde des vieillards nous semble, sous ce rapport, particulièrement propre à mettre en évidence qu'il faut chercher le point de départ de la maladie ailleurs que dans ces glandes, dont la lésion, dans les autres âges, ne commande une attention spéciale que sous le rapport thérapeutique, de même que dans la vieillesse la fréquence des parotides dirige à son tour l'observation du praticien. A cet égard, il y a une opposition remarquable dans les altérations des organes glandulaires aux divers âges de la vie; on dirait qu'à défaut des glandes intestinales chez le vieillard, le principe morbide s'en prend aux

(1) *De la fièvre typhoïde chez les enfants*; thèse de la faculté de Paris, 1840.

(2) *Etudes cliniques sur les maladies des vieillards.* — *Journal de médecine*, décembre 1843.

(3) *Specimen anatomico-physiologicum de glandulis conglomeratis*, auctore P. J. Van Halen; Leodii, 1830, in-4°, cap. IV.

Bydragen tot de Natuerkundige wetenschappen, door MM. Mulder, Vrolik en Van Hall; Amsterdam, 1831, t. VI, bl. 179.

organes glandulaires de l'extrémité opposée de l'appareil digestif: aux parotides et aux glandes sous-maxillaires.

Quoi qu'il en soit, quand même il serait bien prouvé que la lésion des follicules isolés et agminés de Peyer ne manque jamais dans la fièvre typhoïde, nous admettons, avec le docteur Thirial, que ce fait prouverait une seule chose, savoir : que dans la fièvre typhoïde il existe un caractère anatomique constant et rien de plus, mais que cette circonstance même ne déciderait nullement la valeur de la lésion intestinale, ni le rapport qui existe entre celle-ci et les symptômes; en un mot, qu'elle n'autoriserait pas à en faire le point de départ, la cause organique de la maladie. Il faudrait, pour pouvoir affirmer cela, préalablement démontrer deux choses : d'abord que cette lésion intestinale précède tous les symptômes; ensuite, qu'il existe un rapport proportionnel entre l'intensité de cette lésion et la gravité des troubles généraux qui caractérisent la fièvre typhoïde. Or, le premier fait n'a jamais été prouvé, et nous avons lieu de penser qu'il ne le sera jamais. Quant au second, il est reconnu assez généralement que ce rapport ne se remarque pas dans le plus grand nombre des cas. La plupart des observateurs ont rencontré des fièvres typhoïdes où il n'existait pour toute lésion intestinale que deux ou trois plaques malades : de là à l'absence de toute lésion il n'y a pas loin.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

AOUT 1848.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	745,40	18,2	22,9	13,1	4,20	OSO.	Variable, vent fort.
2	755,91	17,7	19,2	12,7	6,36	OSO.	Variable, vent fort.
3	756,83	17,7	20,4	11,5	1.78	OSO.-SO.	Nuageux ; pluvieux le soir.
4	749,31	15,8	22,1	12,6	23,80	OSO.-SO.	Nuageux.
5	750,23	17,4	20.0	11,2	0,89	SSO.	Nuageux.
6	750,22	16,1	18,5	14,6	9,67	OSO.	Variable ; pluie, vent fort.
7	757,63	16,3	20,1	12,8	1,15	SO-ONO.	Assez beau.
8	756,17	19,0	23,2	11,7	»	SSE.	Incertain ; pluie abondante le soir.
9	754,25	16,8	23,0	13,1	27,11	OSO.-SO.	Variable ; beau le soir.
10	757,35	15,3	18,8	10,3	0,13	SO.-OSO.	Assez beau ; couvert le soir.
11	760,19	16,2	19,9	11,7	»	SO.	Nuageux, assez beau.
12	756,89	16,3	21,3	13,6	3,82	SO.-ONO.	Sombre, couvert.
13	758,48	16,2	20,0	11,3	0,51	SO.-OSO.	Nuageux le matin ; pluvieux le soir.
14	756,47	13.9	20,6	12,1	3,44	NE.-E.	Sombre, incertain ; orage le soir.
15	754,45	18,5	20,5	12,9	13,37	SO.-S.	Nuageux, variable.
16	753,07	19,0	21,4	12,3	1,02	S.-NNE.	Assez beau le matin ; pluvieux le soir.
17	754,71	17,5	21,8	13,2	11,58	NO.-OSO	Assez beau.
18	759,34	17,8	21,8	14,5	0,89	OSO.	Assez beau.
19	755,25	19,6	22,4	14,8	»	SO.	Assez beau ; pluie le soir.
20	754,67	17,2	23,9	13,9	3,31	SO.-ONO.	Nuageux.
21	756,66	15,6	19,9	10,3	1,02	SSO.-SSE.	Pluvieux, vent fort.
22	750,00	14,6	16,6	12,3	3,31	SSO.	Pluvieux, vent fort.
23	752,03	14,3	17,9	10,5	0,64	SO.-SSO.	Variable.
24	754,66	14,6	18,2	10,8	7,39	SSO.-O.	Variable, pluvieux par intervalles.
25	760,54	12,5	16,6	8,6	0,64	SO.-SSO.	Beau le matin ; pluvieux le soir.
26	759,56	16,0	17,3	10,4	0,38	S.	Sombre, pluvieux ; chaud le soir.
27	757,28	18,9	21,8	13,4	2,68	SO.	Nuageux ; air lourd, étouffant.
28	757,85	19,9	24,3	16,6	0,13	SSO.	Beau et chaud.
29	758,42	20,0	26,6	15,9	»	ONO.	Beau le matin ; orageux et pluie le soir.
30	758,67	16,0	24,6	13,0	5,22	ONO.	Pluie le matin ; assez beau le reste du jour.
31	759,55	13,9	19,5	10,9	»	ONO.-NNE.	Très-beau.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1847-1848. — N° 10.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE, DANS SES SÉANCES DES 2 OCTOBRE 1847 ET 30 SEPTEMBRE 1848.

I. — *Concours de* 1847-1849.

Première question. — « Faire connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie ; indiquer les moyens de neutraliser cette influence, en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,200 *francs.*

Deuxième question. — « Déterminer par des expériences les modifications que la fibrine éprouve pendant l'acte de la digestion. Quelles sont les voies d'absorption par lesquelles elle passe dans l'économie? Quels sont ses usages? .

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

Troisième question. — « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Quatrième question. — « Exposer les diverses méthodes de traitement en usage dans les fractures des membres; discuter leurs avantages et leurs inconvénients, en faire l'appréciation raisonnée, et établir, par la théorie et l'expérience, quelle est celle qui doit obtenir la préférence. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

Cinquième question. — « Déterminer, par l'observation et l'expérimentation, la part respective des centres nerveux sur les mouvements du cœur. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

Sixième question. — « Faire l'histoire des tumeurs blanches des articulations, en insistant particulièrement sur le traitement que réclame chacune de leurs variétés. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

Septième question. — « Indiquer l'influence que les changements opérés depuis trois ans, dans le régime alimentaire, par suite de la crise des subsistances, ont exercée quant au caractère, à la fréquence, à la marche, à la terminaison et au traitement des maladies, tant sur les populations libres, que sur celles des prisons et des établissements de bienfaisance. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

II. — *Concours de* 1848-1850.

Première question. — « Faire l'histoire de l'albuminurie (*maladie de Bright*), en insistant d'une manière spéciale sur la nature de la maladie. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Deuxième question. — « Donner un résumé de l'influence que les sciences chimiques et physiques ont exercée sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 francs.

Troisième question. — « Écrire un exposé raisonné de toutes les recherches et découvertes faites, depuis le commencement du XIXe siècle, pour éclairer les questions relatives aux empoisonnements, considérés tant au point de vue du traitement médical à leur opposer, que sous le rapport médico-légal. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Quatrième question. — « Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval; établir par des faits les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

Cinquième question. — « Faire l'histoire de la maladie connue

sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique*, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

« Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

III. — *Concours de* 1847-1851.

« Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer, par des expériences nouvelles, l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,500 *francs.*

Les Mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu, savoir :

Pour les questions du premier programme, avant le 1er avril 1849 ; pour celles du deuxième, avant le 1er avril 1850, et pour celle du troisième, avant le 1er avril 1851.

Les Mémoires manuscrits seront seuls admis aux concours ; ils devront être adressés, francs de port, à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, au Musée, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux Mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les Mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus du concours.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours ;

2° Que les jugements portés sur les Mémoires seront respectivement publiés dans les séances sollennelles de 1849, 1850 et 1851 :

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses Mémoires ;

4° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

ANNÉE 1848-1849. — N° 1.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Renouvellement des présidents et des secrétaires des sections.

M. le président communique les résolutions des sections prises en exécution de l'article 79 du règlement.

Ont été nommés aux fonctions de présidents et de secrétaires pour l'année académique 1848-1849 :

Première Section.

Président, M. Fallot ; secrétaire, M. Graux.

Deuxième Section.

Président, M. Van Coetsem ; secrétaire, M. Tallois.

Troisième Section.

Président, M. de Meyer ; secrétaire, M. de Lavacherie.

Quatrième Section.

Président, M. Vleminckx ; secrétaire, M. Sauveur.

Cinquième Section.

Président, M. de Hemptinne ; secrétaire, M. Pasquier.

Sixième Section.

Président, M. Brogniez ; secrétaire, M. Thiernesse.

Rapports et discussions. — Rapport de la Commission chargée d'examiner une note publiée par M. le docteur VAN HONSEBROUCK, *sur l'usage des bains froids administrés suivant la méthode hydropathique, comme moyen préservatif du choléra épidémique.* — M. CRANINX, rapporteur.

« Messieurs,

« Le bureau nous a fait parvenir une lettre de M. le ministre de l'intérieur, demandant l'avis de l'Académie au sujet d'un article publié dans le journal *la Nation* (n° du 15 août 1848), dans lequel M. le docteur Van Honsebrouck présente, entre autres applications prophylactiques, l'usage des ablutions froides et même des bains froids comme moyen préservatif du choléra épidémique.

« Une particularité notoire, dit l'auteur de cet article, est la « grande concentration des forces vitales vers les voies digestives, « qui sont le siége principal de l'affection. Cette concentration, qui « donne lieu à la période algide du choléra, est fatale pour un « grand nombre de malades, vu que le froid persiste souvent mal- « gré tous les moyens mis en œuvre pour appeler la circulation « du centre vers la périphérie du corps. Les difficultés d'opérer « une réaction salutaire dépendent non-seulement de l'intensité « du mal, mais surtout d'une lésion grave des fonctions de la peau. « C'est la peau qui a perdu son ton et sa perspiration, si indis- « pensables à la conservation de la santé, et qui ne réactionne plus « du tout ou fort difficilement.

« Le moyen le plus simple, comme le plus efficace, de remédier « aux désordres de la peau, consiste à la fortifier par les ablu- « tions froides, et même des bains froids. Ces ablutions doivent « se faire tous les matins au sortir du lit, soit avec des éponges, « un essuie-main, ou un drap de lit fortement trempé dans lequel « on enveloppe tout le corps y compris la tête, et sur lequel on « exerce, pendant une dixaine de minutes, de légères frictions « avec les deux mains.

« Après ces ablutions journalières, dans lesquelles on doit avoir « soin de refroidir préalablement la tête et la poitrine, l'on se li- « vrera, au besoin, à quelques exercices, afin de faciliter la réac- « tion de la peau.

« Par cette pratique qui est on ne peut plus salutaire, et qui « suffit à elle seule pour se débarrasser d'une foule d'affections « rebelles, et notamment des affections de poitrine, l'on entre- « tient la propreté du corps, l'on tonifie la peau, et l'on en ouvre « les pores ; l'on rétablit dans son intégrité la perspiration cutanée « indispensable pour rejeter au dehors les éléments nuisibles à la « santé, et l'on habitue la peau à réactionner, ce qui est d'un se- « cours immense pour écarter tout danger dans les atteintes du « choléra. »

« Sans nier l'influence hygiénique salutaire des ablutions froides sur les fonctions de la peau, nous sommes loin d'admettre que ce moyen puisse préserver des atteintes du choléra.

« Quand on porte son attention sur les ravages qu'exerça l'épidémie qui a régné parmi nous en 1832 et 1833, et sur les désolations que cette terrible maladie cause, à l'heure qu'il est, dans d'autres pays, on voit que le fléau destructeur ne respecte ni la demeure du riche ni celle du pauvre.

« L'homme aisé, quoique environné de tous les soins hygiéniques, n'est point à l'abri des atteintes du mal. Hélas ! que de per-

sonnes sont devenues les victimes du choléra, malgré l'habitude qu'elles s'étaient imposée de laver et de frictionner tous les jours, avec de l'eau froide, certaines parties du corps plus ou moins étendues !

« Il est incontestable que la maladie afflige, dans des proportions infiniment plus grandes, les classes pauvres de la société, et cela en raison de leur malpropreté habituelle, de l'usage d'une alimentation malsaine et insuffisante, de privations et d'excès de tout genre, de l'encombrement et d'une infinité d'autres conditions d'insalubrité au milieu desquelles le prolétaire vit habituellement. Prétendre prévenir l'action éminemment prédisposante de ces causes par les seules ablutions d'eau froide, ce serait fermer les yeux aux lumières de la raison. D'ailleurs, n'est-il pas démontré que l'humidité prédispose aux atteintes du choléra ?

« L'eau froide préconisée comme moyen de propreté, ou comme propre à entretenir la perspiration cutanée, peut, dans certains cas, être d'une application utile ; mais alors il convient que son usage soit environné de toutes les précautions requises. Lorsqu'il s'agit d'envelopper tout le corps dans un drap de lit fortement trempé, de faire des frictions pendant un certain temps, de prendre des bains froids, l'observation de ces précautions devient bien difficile, sinon impossible, pour une grande partie de la société ; la classe peu aisée surtout, qui se trouve la plus menacée, ne saurait, eu égard à sa position, recourir à ces moyens. De plus, en supposant que le remède proposé pût être convenablement appliqué, dès lors il pourrait tout au plus, en tant que susceptible d'entretenir la propreté ou de susciter la transpiration, être mis en comparaison avec d'autres moyens hygiéniques généraux recommandés par l'Académie.

« Envisagée comme tonique ou propre à fortifier la constitution, l'eau froide, convenablement administrée, a de tout temps été reconnue comme ayant la propriété de rendre les corps plus sains et plus aptes à résister aux causes de destruction ; mais induire de là que son usage, soit sous la forme de bains, soit en lotions ou autrement, puisse paralyser l'action des miasmes morbifiques, c'est tirer une conséquence trop générale d'un fait particulier.

« D'ailleurs, la médecine s'appuie sur des faits. L'expérience doit guider le médecin dans la recherche de la vérité. Tout principe doit être marqué du sceau de la raison, éclairé du flambeau de l'observation. Mais où sont les preuves à l'appui des assertions de l'auteur, quand il dit : « L'action salutaire des moyens que nous « indiquons pour prévenir le choléra se trouve justifiée par l'hy-

« giène, par les considérations physiologiques sur la peau, et « parce qu'il n'y a pas d'exemple que des personnes, qui suivaient « le *traitement par l'eau*, aient été atteintes du choléra ? »

« Devons-nous croire sur parole ces allégations, sans nous enquérir des témoignages sur lesquels elles sont fondées ? Non certainement. Toute proposition non prouvée peut être révoquée en doute ; et, quand on consulte les données de la science, on sait ce que l'on doit penser de semblables moyens préconisés contre les maladies épidémiques.

« Il résulte des considérations auxquelles nous nous sommes livrés, que la recommandation de faire des ablutions à l'eau froide peut être avantageuse comme moyen d'entretenir la perspiration cutanée, propriété que ces sortes d'ablutions partagent avec l'eau tiède ; qu'en outre, considérée comme tonique et révulsive, l'application de l'eau froide peut quelquefois concourir à fortifier la constitution et à guérir certaines maladies ; que, quant aux bains d'eau froide, ceux-ci peuvent convenir dans certains cas, d'après l'indication précise d'un médecin éclairé, mais que l'emploi de ce moyen, conseillé d'une manière générale, comme propre à prévenir les atteintes du choléra, pourrait, loin d'être salutaire, devenir très-nuisible dans une infinité de circonstances. »

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport supplémentaire sur la question de savoir s'il n'y a pas lieu d'introduire dans la législation une disposition qui obligerait, dans certains cas, les hommes de l'art à donner leurs soins à des blessés. — M. Tallois, rapporteur.

« Messieurs,

« Le rapport que vous a présenté, dans la séance du 22 juillet 1848, la Commission chargée d'examiner la question de savoir s'il n'y a pas lieu d'introduire dans la législation une disposition qui obligerait, dans certains cas, les hommes de l'art à donner leurs soins à des blessés, portait pour conclusions, de faire connaître à M. le ministre de l'intérieur :

« 1° Qu'il n'y a pas lieu d'introduire dans la législation une disposition qui obligerait, dans certains cas, les hommes de l'art à donner leurs soins à des blessés ;

« 2° Que la connaissance des faits dont il s'agit doit appartenir à l'autorité administrative ;

« 3° Que la disposition, sur laquelle M. le ministre appelle l'attention de l'Académie, rentre dans celle mentionnée à l'article 30 de l'arrêté du 31 mai 1818 ;

« 4° Que la lacune qui existe dans la loi pourra être remplie par l'adoption de l'article interprétatif suivant de l'arrêté précité :

« Est réputé faute grave, commise dans l'exercice de l'art de guérir, et passible des peines comminées par l'article 30 du règlement sur l'exercice de cet art, en date du 31 mai 1818, tout refus fait, sans motif d'empêchement, par un homme de l'art, de se rendre près d'un malade ou blessé et de l'assister dans les limites de ses attributions. »

« En vous soumettant ces propositions, votre Commission s'est renfermée dans les termes de la décision que vous avez prise dans la séance du 4 janvier 1846, concernant les accoucheurs et les sages-femmes. Elle a cru qu'ayant déjà émis un vote sur une demande du gouvernement, relative à une des branches des sciences médicales, la Compagnie jugerait nécessaire d'étendre aux faits, se rapportant à l'exercice des autres branches, le principe de sa première décision.

« Dans la discussion à laquelle l'Académie s'est livrée dans la séance du 22 juillet dernier, elle a paru donner son approbation aux trois premiers points des conclusions du rapport ; le quatrième a rencontré de l'opposition de la part de quelques membres.

« Votre Commission s'étant ralliée à un amendement de M. Vleminckx et à un sous-amendement de M. Langlet, le 4° des conclusions qui précèdent doit, par conséquent, être présenté en ces termes :

« Pourra être réputé faute grave, commise dans l'exercice de l'art de guérir, et passible des peines comminées par l'article 30 de l'arrêté du 31 mai 1818, tout refus fait, dans les cas graves et imprévus, sans motif d'empêchement légitime par un homme de l'art, de se rendre près d'un malade ou blessé et de l'assister dans les limites de ses attributions. »

« Cette rédaction a donné lieu à trois nouveaux amendements :

« Le premier, formulé par M. Lombard, tend à répondre simplement à M. le ministre de l'intérieur, que l'article 30 de l'arrêté du 31 mai 1818 a prévu les cas dont il s'agit.

« Le second présenté par M. de Lavacherie est ainsi conçu : « L'article 30 de l'arrêté du 31 mai 1818 donnant aux Commissions médicales qualité pour juger les fautes graves qui pourraient être commises dans l'exercice de l'art de guérir, l'Académie est d'avis qu'il n'y a pas lieu de statuer sur le cas particulier qui lui est soumis. Il appartient aux Commissions médicales d'apprécier les cas dans lesquels la réprimande doit être appliquée. »

« Le troisième, proposé par M. Craninx, est formulé en ces ter-

mes : « L'Académie, considérant qu'il est difficile et même impossible de préciser les circonstances qui peuvent empêcher le praticien de se rendre auprès d'un malade, est d'avis que l'article 30 de l'arrêté du 31 mai 1818 suffit pour garantir la société. »

« Votre Commission, à l'examen de laquelle vous avez renvoyé ces amendements, plus pénétrée des garanties que l'arrêté du 31 mai 1818 offre à la société, reconnaît aujourd'hui l'inutilité de l'article interprétatif qui fait l'objet de vos délibérations.

« Elle vous propose, en conséquence, de vous borner à répondre à la demande que M. le ministre de l'intérieur vous a faite sous la date du 26 janvier 1818 :

« Que les faits de la nature de celui dont il s'agit dans la dépêche que lui a adressée son collègue, M. le ministre de la justice, sous la date du 14 janvier 1848, n° 2023, 3me Don, tombent sous l'application de l'article 30 de l'arrêté du 31 mai 1818, et qu'il n'y a pas lieu d'introduire, quant à ces faits, des dispositions nouvelles dans la législation. »

La conclusion de la Commission est adoptée.

Rapport de la deuxième section sur l'ouvrage de M. docteur G. DE JAEGHERE, *intitulé : « Histoire de la fièvre typhoïde, vulgairement appelée typhus, qui a régné dans la commune de Culleghem, arrondissement de Courtrai. »* — M. LEBEAU, rapporteur.

« Messieurs,

« J'ai été chargé de vous faire un rapport sur un ouvrage imprimé qui vous a été présenté par M. le docteur G. de Jaeghere, de Courtrai.

« Cette brochure, intitulée : *Histoire de la fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Culleghem, en* 1847, est l'œuvre d'un bon praticien, d'un observateur judicieux, d'un homme animé de ce dévouement chaleureux aux devoirs de sa noble profession, sans lequel le médecin, eût-il l'esprit le plus vaste, le savoir le plus profond, n'est jamais qu'un fléau pour l'humanité, une négation pour la science.

« M. de Jaeghere est malheureusement un écrivain peu méthodique et peu correct ; il est souvent difficile de saisir sa pensée dans le désordre de ses chapitres, et les termes de son langage la dénaturent trop souvent ; tout indique qu'il n'a pas suffisamment médité les auteurs qui ont écrit dans les derniers temps sur la maladie dont il s'occupe, il qu'il nomme typhus ou fièvre typhoïde.

« Parmi les trop nombreux symptômes qu'il examine, il confond trop souvent des symptômes purement accidentels et com-

plétement étrangers à la maladie avec ceux qui lui sont propres.

« Il n'est ni plus clair, ni mieux inspiré, quand il parle de la nature de la fièvre typhoïde qui, selon lui, est une *asthénie nerveuse*.

« Ces idées théoriques sont, comme vous le voyez, vides de sens, et indiquent que, sous ce rapport, l'auteur a peu médité son sujet ; mais au lit du malade, M. de Jaeghere fait bon marché de ces hypothèses, auxquelles il déclare d'ailleurs ne tenir que médiocrement. Comme praticien il voit bien et juste, et apprécie avec sagacité la valeur des symptômes : il sait que les troubles nerveux procèdent de lésions anatomiques de l'encéphale et de ses membranes, car il les a observées sur les cadavres qu'il a ouverts ; il sait que la toux et la dyspnée traduisent une phlegmasie des bronches ou des poumons ; que les symptômes gastriques doivent leur existence à l'entérite folliculeuse ; il a observé enfin un fait que je proclame depuis longtemps, savoir, que les dangers de la maladie sont en raison directe de l'état pléthorique du sujet.

« Conséquent avec des vues si sages, M. de Jaeghere saigne ses malades en dépit de ses théories asthéniques, et l'on voit qu'il n'emploie les médicaments dits toniques et antispasmodiques qu'avec une extrême réserve et pour ainsi dire à contre-cœur.

« Il faut savoir gré à M. de Jaeghere d'avoir noté la fréquence de la rétention des urines, qui a si souvent lieu, même dès le déclin de la maladie. Pourquoi répugne-t-il à employer le cathétérisme, moyen si simple et si facile de remédier à cet accident qui ne devient redoutable que parce qu'on le méconnaît?

« Sous le rapport de l'hygiène, l'auteur expose des vues saines et complètes.

« En homme de cœur et de conscience, M. de Jaeghere rend un parfait hommage au dévouement et aux lumières de ses collègues ; il fait un éloge touchant du courage et de l'abnégation du clergé et de ces admirables sœurs de charité qu'on retrouve partout où il y a des malheureux à consoler, des dangers à courir. Soit qu'il peigne la misère effroyable de ces populations infortunées des Flandres, soit qu'il peigne la charité qui se dévoue à les secourir, le style de M. de Jaeghere s'élève, et l'émotion qu'il éveille ne permet plus d'apercevoir les incorrections de son langage.

« Permettez-moi, Messieurs, en terminant ce rapport, de vous soumettre une réflexion, d'émettre un vœu.

« Lorsque naguère une horde de pillards se rua sur le sol de la Belgique, des soldats dévoués bravèrent la mort pour les repousser : le pays rendit hommage à leur bravoure, et de justes récompenses leur furent décernées... Sera-t-on moins équitable envers cette

milice non moins courageuse, non moins dévouée de médecins, de prêtres, de saintes femmes qui, depuis plus d'un an, combattent la misère et la maladie, ennemis non moins hideux et bien plus redoutables, car le nombre des victimes tombées sur cette brêche de notre profession a dépassé celui des champs de bataille les plus meurtriers!

« La deuxième section a l'honneur de vous proposer de voter des remercîments à M. de Jaeghere et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membre correspondant. »

Ces conclusions sont adoptées.

Rapport de la deuxième section sur le Mémoire de M. Mazade, *relatif à l'emploi des onctions mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde.* — M. Lequime, rapporteur.

« Messieurs,

« *Nouveaux faits sur l'emploi des onctions mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde :* » Tel est le titre d'un Mémoire de trente-six pages qui nous a été adressé par M. Mazade, docteur en médecine à Anduze, département du Gard (France).

« Ce Mémoire contient cinq observations recueillies dans un intervalle de huit années (1839 à 1847). Afin de vous mettre mieux à même d'en apprécier la valeur, nous allons vous en donner une analyse succincte.

Obs. I « Le sujet de la première observation est un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une constitution forte, qui atteint d'abord d'une pleuro-pneumonie intense, combattue efficacement par un traitement antiphlogistique très-énergique, fut pris, sans cause appréciable, le septième jour de la convalescence, de fièvre, céphalalgie, soif, inappétence, sensibilité à l'abdomen et dévoiement.

« Le lendemain il y eut aggravation de tous les symptômes, stupeur, exaltation des idées, tendance au sommeil, parole brève, *peau chaude et aride*, langue sèche, *pouls plein* et fréquent, ventre développé.

« Le *troisième jour*, mouvement fébrile intense, délire aigu avec quelques intervalles lucides, regard égaré, conjonctives injectées, visage coloré, météorisme, langue brune, *pouls* fréquent, *plein* et *résistant*.

« *Prescription :* Saignées (sans couennes), vésicatoires aux jambes.

« *Quatrième jour.* Violente agitation pendant la nuit, alternatives de délire et de somnolence, soubresauts des tendons, selles liquides moins nombreuses, souvent involontaires ; stupeur et mé-

téorisme plus prononcés ; bouche fuligineuse, pouls moins résistant.

« *Prescription :* Onctions mercurielles sur le ventre et les cuisses, répétées toutes les trois heures à la dose de huit grammes pour chaque fois. A l'intérieur, cinquante centigrammes en trois prises.

« *Cinquième jour.* Amendement général, un peu de rougeur et de tuméfaction aux gencives.

« Les onctions sont réduites à quatre par jour, suspension du calomel.

« Le *sixième jour* de son emploi, suppression du traitement mercuriel : quatre jours après, convalescence complète.

« L'engorgement gencival et la supersécrétion salivaire qui survinrent, à un degré assez prononcé, exigèrent un traitement approprié.

Obs. II. — « Campagnard d'une bonne constitution, âgé de dix-neuf ans.

« Au début, malaise, céphalalgie.

« Pendant quatre jours, fièvre, nausées, douleurs intestinales, somnolence, deux épistaxis.

« *Cinquième et sixième jours.* Dans la soirée, fièvre intense, précédée d'un frisson prolongé non suivi de réaction : elle cède au sulfate de quinine administré le septième jour ; mais, en même temps, aggravation des autres symptômes qui persistent les jours suivants.

« *Onzième jour.* Hébétude, réponses lentes, vagues, agitations, pleurs, céphalalgie, somnolence, rêvasseries, tension et sensibilité de l'abdomen, langue rouge et sèche, peau brûlante, *pouls* fréquent, *dur* et *plein*, face animée. — Saignée.

« *Douzième jour.* Nuit plus calme, diminution de l'intensité des symptômes cérébraux, aggravation des symptômes abdominaux, diarrhée, ventre ballonné, langue brune, taches rosées. — Vésicatoires aux jambes. Boissons acidulées.

« *Treizième jour.* Agitation, délire, vociférations, coma presque continuel, mots inarticulés, stupeur prononcée, bouche fuligineuse, alternatives de rougeur et de pâleur, pupilles dilatées, soubresauts, *pouls* fréquent *résistant*, selles liquides, involontaires. — Onctions mercurielles, sur le ventre et les cuisses, à la dose de huit grammes toutes les trois heures.

« *Seizième jour.* Amendement général, persistance de la diarrhée, salivation mercurielle. — Suspension des onctions le dix-septième jour.

« Le malade ne tarde pas à entrer en convalescence.

Obs. III. « — Demoiselle de quinze ans ; après cinq jours de

prodromes, elle éprouve fièvre, soif, douleurs abdominales.

« *Sixième et septième jours*, même état ; épistaxis, dévoiement.

« *Huitième jour*. Nuit agitée, insomnie, incohérence des idées, céphalalgie intense, chaleur âcre de la peau, sclérotiques injectées, stupeur, météorisme, sensibilité de l'abdomen, langue blanche et collante, diarrhée, *pouls plein* et fréquent. — Sangsues aux cuisses, sinapismes.

« *Neuvième jour*. Stupeur, délire pendant la nuit, somnolence, yeux fixes, pupilles dilatées, météorisme, gargouillement, dévoiement, langue sèche, brune, taches rosées, *pouls fort* et accéléré.

« *Dixième jour*. Météorisme plus considérable, fuliginosités à la langue et aux lèvres, altération plus profonde de la physionomie, somnolence continuelle, selles liquides involontaires, *pouls* fréquent et *résistant*. — Onctions mercurielles.

« *Treizième jour*. Amendement général.

« *Quinzième jour*. La diarrhée seule persiste. — Cessation des frictions.

« Bientôt apparaît une parotide qui s'abcède et suppure abondamment.

Obs. IV. — « Jeune homme de quatorze ans, constitution forte.

« Au début, signes d'une indigestion.

« Les jours suivants, céphalalgie, douleurs intestinales, dévoiement, plusieurs épistaxis, agitation, accablement.

« Les *cinquième et sixième jours*, stupeur, somnolence, délire, météorisme, langue sèche et brune, dévoiement, toux, râle sibilant, taches lenticulaires, fièvre.

« *Septième jour*. Somnolence plus prononcée, réaction plus vive, délire aigu, développement considérable des forces musculaires, *pouls large* et fréquent. — Onctions mercurielles.

« *Dixième jour*. Amendement remarquable dans l'ensemble des symptômes et principalement de ceux du système nerveux.

« *Douzième jour*. La diarrhée seule persiste. Gencives tuméfiées. — Suppression des onctions.

« *Quatorzième jour*. Convalescence.

Obs. V. — « Jeune fille de cinq ans, développement physique et intellectuel avancé.

« *Premier jour*. Céphalalgie, vomissements et douleurs abdominales.

« *Deuxième jour*. Somnolence, élancements douloureux au front, nausées, abdomen sensible à la pression, fièvre. — Sangsues à l'épigastre.

« *Quatrième jour*. Somnolence plus profonde, rêvasseries, gémissements, céphalalgie ; face abattue, tantôt pâle, tantôt colorée ;

vomissements, constipation : par moments, exacerbations fébriles intenses, pendant lesquelles mouvements convulsifs des yeux, *pouls* fréquent, *résistant.* — Vésicatoire sur le cuir chevelu ; quarante centigrammes de calomel en plusieurs doses qui provoquent de nombreuses évacuations.

« *Cinquième jour.* Pupilles dilatées mais mobiles, assoupissement, tête constamment penchée à gauche, cris, idées incohérentes, respiration suspirieuse, langue brune, ventre sensible, météorisé, taches rosées, pouls irrégulier. — Calomel ; cataplasmes sur le ventre, sinapismes fréquents.

« *Sixième jour.* Dilatation et immobilité des pupilles ; yeux insensibles à l'action de la lumière, fuyant sous les paupières ; inclinaison plus prononcée de la tête à gauche, avec roideur tétanique des muscles du côté correspondant du cou, coma ; fuliginosités sur la langue, les dents, les lèvres ; selles liquides peu nombreuses, mais involontaires, météorisme ; stupeur, mouvements convulsifs des membres ; par moments sueur froide ; *pouls* alternativement accéléré et *dur*, lent et dépressible. — Onctions mercurielles.

« *Septième jour.* Vers le soir, amendement général.

« *Huitième jour.* Presque tous les symptômes ont disparu. — Réductions de moitié des onctions.

« *Dixième jour.* Rougeur et tuméfaction des gencives. — Suspension des onctions.

« *Douzième jour.* Convalescence.

« Telle est, Messieurs, l'analyse succincte des observations que M. Mazade produit en faveur de l'efficacité des onctions mercurielles dans la fièvre typhoïde, et qui, jointes à celles qu'il a communiquées en 1837 à la Société de médecine de Bordeaux, démontreraient, selon lui, l'importance de cet agent thérapeutique.

« Quelle que soit la confiance que nous ayons en la bonne foi du médecin d'Anduze, nous ne pouvons vous dissimuler les doutes qu'a laissés dans notre esprit l'utilité réelle de ce remède, et vous comprendrez qu'il nous a été impossible de déterminer sa part d'action : en effet, vous aurez remarqué, comme nous, que, dans tous les cas cités par l'auteur, l'usage du mercure à l'extérieur a été précédé de l'administration de la saignée ou des sangsues, de l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires ou de sinapismes, et associé au calomel à l'intérieur.

« Quelle indication l'auteur s'est-il proposé de remplir par cette médication ?

« Si nous en jugeons par les faits qu'il nous relate, la forme qu'il traite habituellement, dans la localité où il exerce son art, serait de nature inflammatoire : ce sont, en effet, tous sujets jeunes

(de cinq à vingt-cinq ans), d'une constitution forte, robuste, offrant les caractères d'une réaction vive, pouls fort et résistant, auxquels il a eu affaire. Dès lors les succès obtenus peuvent s'expliquer par l'action antiphlogistique du mercure.

« Si c'est, au contraire, à la nature de la maladie que M. Mazade veut adresser le mercure, nous pensons que cet agent est aussi inefficace que tous les autres et qu'il peut même produire, dans quelques circonstances, de graves inconvénients : dans notre pays surtout, où les formes de la fièvre typhoïde sont plutôt muqueuses et tendent facilement vers l'adynamie, nous pensons qu'il ne faut pas légèrement lui opposer un agent qui altère aussi profondément l'économie, en raison de son action dissolvante du sang.

« Pour prouver l'efficacité de la supériorité de sa méthode, qui, du reste, ne diffère de celle mise en usage par M. Serres qu'en ce que le calomel est substitué à l'éthiops minéral, l'auteur n'eût pas dû choisir les cinq observations dont il nous a donné l'histoire bien incomplète, entre celles qu'il a recueillies dans un intervalle de huit années ; mais il eût dû nous indiquer le chiffre de sa mortalité en la comparant à celle de ses confrères.

« Nous devons cependant ajouter, pour être juste, qu'il se propose de publier, plus tard, un travail spécial sur la matière : jusque-là, nous nous croirons autorisés à ne point partager sa confiance dans les onctions mercurielles comme moyen propre à guérir la fièvre typhoïde.

« Nous vous proposons, Messieurs, de voter des remercîments à l'auteur pour sa communication. Adopté. »

Lectures. — Observation de plaie d'arme à feu intéressant la vessie ; esquille osseuse contenue dans cet organe, extraite par la lithotritie.

M. Leroy d'Etiolles, membre correspondant, qui se proposait de lire un Mémoire sur un nouveau moyen de mensuration et de pulvérisation des calculs vésicaux, demande de remettre cette lecture à la séance prochaine, un accident de voyage le privant momentanément du travail qu'il avait préparé à ce sujet. Il entretient ensuite l'Académie d'un cas intéressant de plaie d'arme à feu qu'il a récemment observé à Paris. Il s'agit d'un homme dont le bassin avait été traversé par une balle, de part en part, et d'avant en arrière, s'il faut croire le blessé, car on ne peut s'en rapporter aux indices fournis par les ouvertures faites par le projectile; ayant été chargé de l'inspection des blessés de février, M. Leroy a remarqué que l'ouverture la plus large est tantôt celle d'entrée, tantôt celle de sortie.

Quoi qu'il en soit, la balle avait écorné une portion du pubis, traversé la vessie et le sacrum. Pendant trois semaines, les urines sortirent par l'ouverture du sacrum ; cette ouverture s'étant fermée, elles coulèrent par la plaie du pubis ; celle-ci se ferma également, et les urines furent alors évacuées par l'urèthre. Le malade accusant des douleurs dans la vessie, il fut sondé et l'on constata la présence d'une esquille osseuse dans cet organe. A l'aide d'un brise-pierre à deux cuillers, entre lesquelles était une lame agissant par percussion, M. Leroy est parvenu à couper l'esquille par petites portions et il a pu en faire l'extraction en totalité.

Note sur la possibilité de la guérison de la morve ; par M. Brogniez, membre titulaire.

Malgré les progrès incessants des sciences médicales, plusieurs points obscurs, que les savants n'ont encore pu pénétrer, se dressent devant l'humanité comme des fantômes exterminateurs : la rage, la morve par exemple, sont des affections si terribles dans leurs effets destructeurs, qu'elles épouvantent tout le monde ; on est encore à se demander par quels moyens, par quels efforts il nous sera donné de les vaincre, si tant est que ce ne soit pas une impossibilité, du moins pour la première. Il en est de même d'autres fléaux qui frappent la santé publique, et directement l'agriculture dans la source essentielle de sa puissance productive, les animaux. Certaines épizooties sont de ce nombre ; telles sont les formidables affections typhoïdes et charbonneuses dont l'Europe entière conservera le triste souvenir, la péripneumonie exsudative des bêtes à cornes qui, depuis 1828, désole les campagnes en dépeuplant les étables, etc. Enfin, la pousse, la pommelière, le cornage, la fluxion périodique (ou maladie lunatique des yeux) et ses suites dans l'espèce chevaline, résistent à tous les moyens connus, sauf nos succès récemment obtenus dans le traitement de la cataracte.

Évidemment il n'y a qu'une médecine, à part quelques particularités portant sur certaines modifications d'organisation ; aussi, les conquêtes, qui se rapportent à telle branche de la médecine vétérinaire, réagissent-elles souvent sur les progrès des spécialités qui ont la conservation de l'espèce humaine pour objet, et réciproquement. Et qui sait si, par le fait de cette connexité, l'épilepsie, la phthisie, encore incurables aujourd'hui, et peut-être d'autres affections non moins redoutables, n'attendent pas l'heureuse intervention de la médecine vétérinaire ? Mais sans aller jusqu'à de semblables prodiges, on ne peut plus contester l'utilité de ce concours mutuel. L'anatomie, la physiologie et la pathologie comparées, mettent tous les jours sur la voie de découvertes nouvelles,

et c'est probablement ainsi, avec la puissante assistance de l'électricité, que l'homme parviendra, dans plusieurs circonstances, à s'affranchir des calamités et des misères corporelles devant lesquelles son impuissance se révèle lorsqu'il en est frappé. L'expérimentation, seulement permise sur les animaux, est la pierre de touche la plus certaine pour conduire, au moins par analogie, à scruter la nature dans ses secrets, au point de vue des fonctions du corps humain.

Mais attachons-nous aujourd'hui à un seul objet.

Partant des résultats de nos recherches, qui datent déjà de quelques années, et que nous continuerons, ainsi que des observations que nous avons recueillies, et des succès déjà obtenus, nous pouvons émettre cette opinion :

1° Que la morve ordinaire est primitivement locale, comme Lafosse père l'a démontré il y a près d'un siècle ;

2° Que cette maladie est curable jusqu'au second degré, par l'emploi des moyens locaux, rationnels, consistant en injections de nature diverse, selon les indications, injections que l'on fait dans les cavités nasales et les sinus de la tête, préalablement trépanés d'une manière convenable, c'est-à-dire, en dehors et intérieurement avec des instruments nouveaux ; ou par des applications énergiques portées sur les ganglions lymphatiques consécutivement engorgés, et en recourant, à propos, aux ressources de la pyronomie objective ou inhérente, à l'électrisation et à certains moyens topiques appliqués sur les ulcérations de la membrane du nez ;

3° Qu'elle deviendra bientôt susceptible de guérison à une période plus avancée (à moins que des lésions organiques irréparables ne se soient déjà produites), et cela en ajoutant au traitement externe précédent des médications thérapeutiques internes, conjointement avec l'usage de moyens désinfectants et d'agents susceptibles de reconstituer l'économie appauvrie ou altérée, telle que la transfusion sanguine, pratiquée au moyen de notre nouvel appareil, lequel est disposé de manière à permettre un prompt passage au sang sans qu'il ait à souffrir le moindre refroidissement, ni la plus légère altération. Les autres instruments et appareils, que nous avons inventés pour cette destination, sont exécutés.

Nous croyons pouvoir démontrer, dans un avenir peu éloigné, que ces nouvelles espérances sont réalisables par les progrès actuellement acquis chez nous à la chirurgie vétérinaire ; ce n'est pas, du reste, une théorie hypothétique, hasardée *à priori ;* nos prévisions, à cet égard, sont appuyées sur l'observation et l'expérience.

Quelques-uns des éléments de notre traitement pour guérir la

morve ont été quelquefois essayés isolément ou à l'aventure, mais presque toujours sans succès, pour des raisons que nous développerons ultérieurement et qui reposent sur des investigations auxquelles nous nous sommes livré. Nous dirons seulement aujourd'hui que les indications les mieux fondées se trouvent dans l'organisation, ce grand livre de la nature, et qu'il suffit de faire quelques rapprochements comparatifs, pour établir l'ensemble des moyens propres à vaincre une grande difficulté qui semblait devoir se perpétuer indéfiniment.

Nos devanciers ne sont pas restés inactifs pour atteindre ce but; bien des efforts ont été tentés pour guérir le fléau dont il s'agit ici, nous venons de le dire; mais, dans les sciences d'observation, comme la médecine, il arrive qu'un trait de lumière, une idée féconde fortuitement acquise, ne conduisent pas toujours d'un seul jet à des résultats complets, les conséquences pratiques de cette idée pouvant alors échapper au génie le plus progressif comme à l'esprit le plus superficiel. C'est qu'il n'en est pas de même des innovations scientifiques que de la découverte d'un trésor matériel tombé sous une main heureuse, par l'effet du hasard ou par la remarque d'un indice accusateur quelconque; car on peut avoir à sa disposition des moyens curatifs puissants, sans pouvoir toujours en tirer parti; ainsi, Lafosse père et fils ont trépané les sinus des chevaux morveux sans avantage marqué; cependant la découverte du siége de la maladie était un point de départ certain, mais cette découverte était encore à sa naissance, et une insuffisance de moyens, ou peut-être une déviation dans les principes d'application devaient bientôt conduire à la désuétude, si bien que le célèbre praticien de Paris n'a obtenu que l'indifférence de ses contemporains, alors qu'il était sur la voie pour arriver à l'apothéose. On pourrait citer d'autres exemples.

La morve dont les solipèdes sont si souvent frappés, et qui a la funeste propriété de se communiquer à l'homme, est assurément une affection des plus compromettantes pour l'agriculture; c'est donc une question grave et de la plus haute importance, que celle qui se rattache à sa guérison; mais pour abréger votre temps, Messieurs, nous ne vous présenterons aujourd'hui qu'une série de propositions que nous développerons ultérieurement d'une manière plus approfondie, si, selon toute apparence, le succès de nouvelles recherches que nous projetons répond à notre attente.

Pour que ces propositions sommaires puissent être facilement comprises, nous rappellerons en deux mots que les *sinus* sont des cavernes anfractueuses, qui se développent progressivement dans l'épaisseur des principaux os de la tête des animaux, lesquelles

sont divisées irrégulièrement en loges ou compartiments par des cloisons variables quant à leur forme et à leur étendue. Plusieurs de ces cloisons intercaverneuses peuvent même être parfois complètes. Il est essentiel de remarquer que ceux de ces sinus qui occupent le haut de la tête (région frontale), ont leur ouverture de communication en bas, et se développent les premiers ; qu'il n'en est pas de même de ceux qui, beaucoup plus grands, se forment dans l'os principal de la mâchoire supérieure de chaque côté (os sus-maxillaire) ; il est en outre essentiel de remarquer que l'ouverture, par laquelle ceux-ci communiquent avec les cavités nasales, se trouve en haut. Ce n'est donc pas étonnant que les matières qui s'y accumulent, étant ainsi emprisonnées, n'en puissent sortir, si ce n'est quand le trop plein déborde ; mais c'est justement par ce motif que le dépôt devient pernicieux, car la présence de l'air et la chaleur humide (conditions favorables à la décomposition putride) existent alors, et ces matières, ainsi devenues septiques ou *empoisonnantes*, sont résorbées insensiblement par les vaisseaux de la portion de la membrane du nez qui pénètre dans ces cavités osseuses pour les tapisser, de sorte que le corps s'infecte de manière à rendre la maladie générale, contagieuse, et puis incurable, etc. Cependant cette marche n'est pas constante. Lorsque les sinus participent à la maladie, comme nous venons de le dire, on conçoit que le dépérissement doive se manifester beaucoup plus promptement, que quand ces cavités restent vides et saines ; c'est que, dans ce dernier cas, l'absorption infectante se fait avec plus de lenteur à mesure que la portion nasale de la membrane pituitaire (seule affectée) s'épaissit, s'ulcère, ou s'altère, tant dans sa texture que dans ses fonctions. Voilà pourquoi l'on voit des chevaux morveux conserver longtemps l'embonpoint, l'appétit, le poil lisse et les autres signes d'une bonne santé.

Ces particularités expliquent encore ces *réactions diverses* du principe conservateur qui se produisent dans l'économie : à l'intérieur, pour constituer ce que l'on appelle des lésions organiques ; à l'extérieur, pour donner lieu à des exanthèmes cutanés, des éruptions, des altérations sécrétoires ou écoulements, des furoncles, des engorgements et boutons farcineux, ce qui s'exprime par ce vieil adage plusieurs fois rajeuni dans le cahos des opinions : « *Le farcin et la morve sont cousins germains.* » Mais cela ne signifie pas du tout que l'on puisse considérer ces deux maladies comme étant identiques, car une altération des liquides, venant d'autre part, peut tout aussi bien développer le farcin que la résorption morveuse, soit lente soit rapide. Ces quelques données suffisent aussi pour donner une idée de ce *levain morveux* que les auteurs an-

ciens supposaient exister, mais sans pouvoir le démontrer jamais dans l'économie. Nous l'avons déjà dit, nous devons nous borner pour le moment à un exposé rapide de quelques propositions, destinées seulement à donner une idée générale de nos vues et de nos moyens; les voici :

Première proposition. La morve est une *modification organique morbide* des cavités de la tête qui constituent la première portion de l'appareil respiratoire, modification propre aux solipèdes et d'où provient une *aberration fonctionnelle* et une *altération sécrétoire, quelquefois ulcérative de la membrane pituitaire.* Sa fréquence et sa gravité, chez ces animaux, résultent d'une *structure particulière de cette membrane, et d'une disposition spéciale des cavités nasales et de leurs annexes ;* s'il n'en était pas ainsi anatomiquement, l'espèce bovine y serait également sujette. En conséquence, nous donnons à la morve la dénomination de *rhinorrhée passive* ou *chronique*, et, pour marquer les divers caractères qu'elle revêt, par suite de son ancienneté, de son intensité ou de ses complications, nous ajoutons les désignations adjectives de *simple, ulcérée, purulente.* Cette dernière forme se sous-divisant en *nasale, sinoïde ; nasale et sinoïde à la fois; simplement locale* et enfin *générale* ou *cacochymique.*

La rhinorrhée passive peut succéder à la rhinite, aux phlegmasies catarrhales, à la gourme, etc., sans qu'elle puisse être considérée elle-même comme une affection inflammatoire. Les auteurs qui la regardent comme telle disent que l'état d'acuité, parfois non apercevable, dure d'autant moins, que le tempérament de l'animal est plus mou, plus lymphatique. Il est de remarque, en effet, que ce tempérament prédispose a la morve, et que cette circonstance organique ajoute à sa gravité ; cela se comprend facilement et milite même en faveur de l'opinion qui place le siége primitif de la maladie dans le nez; car il suffit de se rappeler que, chez les animaux ainsi constitués, les sécrétions muqueuses sont comparativement beaucoup plus abondantes, outre que la chronicité semble être inhérente à leur nature consécutive; il ne serait donc pas étonnant, d'après cela, que la réplétion des sinus fût aussi fréquente chez les chevaux mous, que rare chez ceux d'une constitution sèche, et que, si la maladie était essentiellement de nature inflammatoire, le paroxisme d'acuité, plus ou moins durable chez ceux-ci, fût au contraire fugitif et à peine marqué chez les premiers.

La morve dite aiguë ou *coryza gangréneux*, encore appelée *mal de tête de contagion*, est une maladie à marche rapide, carbonculaire, typhoïde ou charbonneuse, procédant de l'altération primi-

tive des liquides circulatoires, qui tend constamment à la décomposition, à la dissolution de l'économie, et qui est bien différente, par sa nature, ses causes et ses symptômes, de la morve ordinaire.

Celle-ci ou morve chronique, ne présente quelques traits de ressemblance avec cette dissolution gangréneuse de l'économie, que quand elle est arrivée à son terme extrême, c'est-à-dire au point de se terminer par la mort. La résorption purulente provenant d'un vaste dépôt, surtout lorsqu'il est en communication avec l'air extérieur par une issue quelconque, produit aussi des effets analogues.

Deuxième proposition. La morve est primitivement locale, c'est-à-dire, qu'elle commence par les cavités nasales et quelquefois en même temps par les sinus, ou bien, mais plus rarement, par ceux-ci seulement, et d'un seul ou des deux côtés à la fois.

Troisième proposition. Lorsque les sinus sont seuls affectés, il peut arriver que, sauf un jettage passager intermittent, fourni par le trop plein des cavernes maxillaires (les frontales étant vides), aucun autre symptôme ne se montre pendant que l'infection générale, résultat de l'absorption des matières accumulées, est accusée seulement par l'amaigrissement du malade. La morve existe donc alors, quoiqu'il n'y ait encore que dépérissement accompagné d'autres signes, tels qu'une peau roide, collée aux os, des poils ternes et secs, sans ulcérations jusque-là dans les narines, ni engorgement des ganglions de l'auge, c'est-à-dire, en l'absence de la manifestation des symptômes, seuls admis jusqu'ici comme pathognomoniques et univoques de cette maladie.

Quatrième proposition. N'est-ce pas lorsqu'il y a cette complication de la réplétion des sinus, que l'affection morveuse est la plus contagieuse? Il y a tout lieu de le penser, et, dès lors, on s'expliquerait facilement la divergence d'opinions sur sa communication, possible pour les uns, ou sur sa non transmissibilité, soutenue par les autres. Du reste, on conçoit sans peine la possibilité que la morve soit moins transmissible par le contact du produit sécrétoire morbide, venu *directement* de la *portion nasale* de la membrane, c'est-à-dire, sans avoir séjourné dans un enfoncement, une cavité, ou un repli quelconque, etc., que quand la matière est versée des sinus, où elle a pu acquérir des qualités délétères.

Cinquième proposition. D'après cette manière de voir, peut-on admettre l'existence d'un virus morveux ? Cela n'est pas probable: toujours est-il que, dans aucun cas, il ne saurait être analogue, pour la manière de se développer, aux virus vaccinal et claveleux; néanmoins on a des preuves nombreuses de la grande subtilité volatile des exhalaisons provenant des solipèdes morveux ; il est

même à notre parfaite connaissance que l'infection s'est communiquée souvent à des hommes qui couchaient la nuit dans les écuries où des chevaux morveux se trouvaient enfermés, sans qu'il y ait eu cependant d'autres rapports entre eux. On conçoit que, dans des cas de l'espèce, le danger doive être nécessairement d'autant plus grand, que le local commun a moins d'espace et est moins aéré. La communication peut donc être miasmatique, mais on connaît aussi avec quelle facilité les produits sécrétoires des membranes muqueuses enflammées deviennent irritantes (certaines prédispositions aidant) pour d'autres surfaces de même nature qui en reçoivent l'impression immédiate, telles que les voies génitales et la conjonctive, par exemple, même dans la période d'acuité. La variabilité de ce mode de transmission a eu aussi une grande influence sur les opinions qui se sont produites au sujet de la contagion morveuse.

Sixième proposition. De la complication apportée par la réplétion des sinus, ou de son absence, ne résulte pas seulement la cause de la divergence d'opinion, sous le rapport de l'*identité ou de la différence de la nature du farcin et de la morve*, ni quant au *caractère contagieux de celle-ci ;* elle explique encore sa *ténacité*, son *incurabilité* ordinaire jusqu'ici reconnue, et la *rapidité de sa marche dans certains cas*, ainsi que la *lenteur de ses progrès, au contraire, dans d'autres circonstances* où l'animal conserve quelquefois pendant longtemps les apparences d'une bonne santé, et, enfin, la *possibilité de sa guérison spontanée.* Cette circonstance rend compte encore de ce que l'*affection morveuse peut guérir facilement sans opération ni traitement*, pendant la période de la vie où les sinus maxillaires n'étant pas encore développés, les frontaux seuls existent, tandis que plus tard, chez les chevaux arrivés au delà de l'âge de cinq, six ou sept ans, le contraire a lieu, non pas seulement pour la gravité, mais aussi pour la fréquence.

Septième proposition. La matière fournie, chez l'espèce chevaline, par les sinus dépourvus d'une issue déclive, tels que les maxillaires, peut infecter le bœuf ainsi que l'homme, avec cette différence toutefois qu'il ne se produit pas alors une maladie identique, mais bien des altérations morbides qui se fixent sur divers points de l'économie, selon les prédispositions naturelles ou plutôt selon les particularités d'organisation inhérentes aux espèces; en effet, chez l'homme et dans l'espèce bovine, l'infection peut aussi bien développer une affection viscérale qu'une affection muqueuse, d'où il suit que les symptômes, la marche et les effets de l'infection sont variables, contrairement à ce qui a lieu avec assez de régularité chez les solipèdes.

Huitième proposition. La morve peut se produire spontanément, de même qu'une ophthalmie, une vaginite, et acquérir la propriété de se communiquer comme si elle était d'origine contagieuse.

Neuvième proposition. La perforation mécanique des sinus ou cavernes osseuses accessoires des fosses nasales est une opération aussi bénigne que *forcément rationnelle dans le traitement de tout solipède jetteur*, soit comme moyen d'exploration, soit comme moyen évacuateur, etc. ; mais c'est par une trépanation conçue sur les particularités anatomiques qu'il faut agir, et non pas en se contentant de pratiquer avec l'ancien trépan de simples ouvertures, distribuées en trop petit nombre, ou en quelque sorte au hasard, et à l'extérieur seulement.

Dixième proposition. Notre système, loin de consister dans un spécifique unique, comme on en a tant préconisé inutilement pour guérir la morve, repose sur des principes anatomiques et physiologiques positifs ; aussi comprend-il une suite d'opérations rationnelles, combinées avec des soins hygiéniques et certains agents médicaux puissants, variables, qu'il suffira d'appliquer ou d'administrer d'après les préceptes fondés sur les indications spéciales, que l'affection peut présenter dans ses diverses phases. On ne pourrait, en effet, supposer l'existence de remèdes spécifiques, que pour une maladie qui serait due à un virus comme la vaccine, la clavelée, la rage, etc. Aussi n'est-ce pas à ce titre que le nitrate d'argent en solution dans l'eau distillée, ou un courant électrique, constituent des remèdes efficaces à lui opposer, mais bien à cause de leur action ectrotique, comme dans la conjonctivite, même aiguë ; on sait que par la méthode abortive on conjure également une angine violente dès son début, de même que dans la brûlure, l'échauffement produit, aussitôt après l'adustion, par l'exposition de la partie lésée devant un feu ardent, modère, entrave ou empêche l'inflammation consécutive de se développer avec beaucoup d'intensité. Il en serait de même d'un érysipèle.

C'est donc aussi parce qu'il se produit, par le nitrate d'argent ou autres agents analogues dans le cas de morve, un changement du mode habituel d'action et de vitalité des tissus, comme par l'impression de projections thermantiques ou d'un courant électrique, que la guérison peut être obtenue sans médications internes, tant que la maladie est locale, conjointement avec l'usage de fumigations de chlore faites au grand air, sans courants toutefois.

Onzième proposition. La guérison doit nécessairement être plus sûre et plus facile lorsque l'affection est encore locale, que quand la résorption a eu le temps de se produire ; aussi, dans ce dernier

cas, indépendamment des soins locaux, l'économie doit être épurée et reconstituée, ainsi que nous l'avons précédemment dit, par des moyens internes, tels que les altérants dans certaines circonstances particulières, les toniques, les antiseptiques, les dépuratifs spoliateurs et la transfusion sanguine, combinée avec l'usage des analeptiques.

Douzième proposition. De ce que des liaisons sympathiques existent entre la membrane du nez et les ganglions lymphatiques de l'auge, l'engorgement de ceux-ci devient souvent un symptôme de la morve, mais ils sont, par cela même, des organes auxquels le médecin vétérinaire peut s'adresser utilement pour influencer cette même membrane devenue malade ; aussi peut-on, en agissant par cette voie, au moyen d'applications topiques, de la chaleur, de l'électricité, etc., provoquer et augmenter à volonté la sécrétion dont elle est l'instrument et le siége, ou, en d'autres termes, déterminer le *jettage*, l'entretenir et l'augmenter.

Telles sont les simples propositions que nous avons cru devoir exposer ici, concernant la guérison de la morve, nous réservant de les développer plus tard dans un travail plus étendu, après les expériences auxquelles nous avons l'intention de nous livrer, si les circonstances nous le permettent, c'est-à-dire, si le gouvernement les ordonne.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

SEPT. 1848.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	758,83	14,3	18,5	10,1	5,22	OSO-ONO.	Nuageux, variable.
2	766,76	13,5	18,3	9,0	0,13	SO.-OSO.	Beau, mais nuageux au milieu du jour.
3	767,62	16,4	19,3	11,4	»	SO.-OSO.	Superbe.
4	763,83	15,7	20,1	9,7	»	ONO.	Superbe.
5	756,54	17,6	22,1	11,7	»	SSE.	Superbe.
6	753,75	18,8	23,9	14,2	»	SSE.-SO.-OSO.	Nuageux.
7	759,96	15,8	23,4	12,9	»	OSO.	Superbe.
8	759,23	14,9	20,8	11,3	»	ONO.-OSO.	Nuageux, mais beau.
9	756,62	16,0	20,0	13,2	»	SO.-OSO.	Nuageux, mais beau.
10	755,25	17,4	20,9	13,0	»	SO.	Nuageux, mais beau.
11	752,60	13,3	22,5	12,0	9,80	SO.-NNO.	Pluvieux, beau le soir.
12	764,40	11,8	15,4	7,8	1,27	NO.-ONO.	Pluie le matin ; assez beau après-midi.
13	763,53	12,0	14,6	8,3	»	ONO.	Nuageux, incertain.
14	762,52	11,4	14,9	9,4	»	ONO.-OSO	Pluie par intervalles.
15	766 57	12,0	15,1	8,0	2,04	O.-N.	Nuageux, beau.
16	769,99	9,9	16,3	5,4	»	N.	Très-beau.
17	768,06	10,3	15,2	5,5	»	NNE.	Superbe.
18	764,00	11,6	16,4	6,4	»	NNE.-N.	Assez beau, un peu nuageux.
19	759,18	10,4	17,4	5,5	»	N.-ESE.	Beau, un peu nuageux.
20	754,30	10,7	15,7	5,4	»	SSE.-SE.	Superbe, pas un nuage.
21	754,56	13,2	17,5	6,2	»	SE.-ESE.	Très-beau.
22	754,96	15,3	20,3	10,3	»	ESE.	Superbe.
23	751,54	15,6	21,8	9,9	»	ESE.-SSO.	Beau le matin ; se couvre le soir.
24	742 82	13,1	23,0	10,0	»	SSE.-SE.	Sombre, pluie par intervalles.
25	744,63	13,4	18,3	9,2	3,31	SE.	Superbe.
26	746,63	12,8	19,1	9,8	»	ESE.-E.	Sombre.
27	750,53	12,7	16,6	10,9	0,25	E.-ENE.	Sombre.
28	750,11	12,6	16,1	11,4	0,38	ENE.	Brouillard le matin, ensuite pluie continue.
29	748,91	13,2	16,1	12,6	11,20	SSO.-SO.	Beau.
30	754,05	13,7	17,3	10,7	»	SSO.	Très-beau.

MONOGRAPHIE DES VOIES URINAIRES.

DE LA GOUTTE MILITAIRE ET DE SON TRAITEMENT;

Par le docteur Ch. PHILLIPS de Liége.

(Suite et fin : *voir* le N° de septembre 1848, p. 56.)

Traitement des valvules. Les valvules de l'urèthre ne sont pas toujours faciles à découvrir par l'exploration, même à l'aide de la bougie à boule; c'est principalement par le mouvement de retour qu'on les reconnaît le mieux. Lorsqu'il n'existe pas de complications, lorsque les valvules sont seules cause de l'écoulement, en les détruisant on fait cesser tous les troubles fonctionnels qu'elles ont apportés dans l'appareil urinaire.

Si elles sont molles, il suffit ordinairement de pousser dans l'urèthre une boule de sept millimètres et de la ramener rapidement jusqu'au-devant d'elles pour les déchirer, surtout en exécutant ce mouvement trois ou quatre fois. Il en résulte un écoulement de sang et ordinairement une douleur assez vive, qui se reproduit une ou deux fois lorsque le malade urine.

Si la valvule résiste à l'action de la boule, il faut la scarifier : cette opération doit être faite sur plusieurs endroits ; ainsi, tout en exécutant les mouvements de va-et-vient, il faut tourner l'instrument dans diverses directions, afin que la lame divise plusieurs points de l'obstacle.

Lorsque la valvule est détruite, soit par la boule, soit par le scarificateur, l'on place dans l'urèthre une bougie de sept ou huit millimètres pour obtenir immédiatement la dilatation nécessaire ; il est prudent de la retirer après douze ou quinze minutes, afin de ne pas provoquer un mouvement fébrile simulant un accès de fièvre intermittente. Il y a des malades qui, après cette petite opération, ne supportent pas la sonde au delà de quatre à cinq minutes. Pendant un ou deux jours l'écoulement augmente beaucoup, l'émission de l'urine et les érections sont douloureuses; quelquefois le gland se gonfle : des applications de compresses d'eau froide pendant quelques heures, des bains locaux froids, font bientôt cesser ces accidents, que l'on n'observe guère que lorsque les valvules existent dans la partie antérieure de la portion spongieuse, à un pouce environ de la fosse naviculaire. C'est surtout dans ces cas que l'écoulement est semblable à l'eau gommée, et que le jet d'urine est aplati en lame de couteau.

Lorsque ces valvules sont compliquées de déviations du canal, il faut, après les avoir détruites, chercher à rendre à ce conduit sa rectitude par les moyens décrits plus haut. Il y a toutefois ceci

à remarquer, qu'après la destruction de ces valvules, les troubles fonctionnels disparaissent rapidement; ces inquiétudes vagues, ces fourmillements du canal, ces douleurs, ces pincements en urinant, cessent de tourmenter le malade. Quelquefois l'écoulement est des deux tiers moins abondant, mais au lieu d'être clair, il est épais et d'un blanc-jaunâtre; c'est qu'alors la déviation ou un faible rétrécissement agit encore sur la portion profonde du canal et entretient cette sécrétion : la dilatation doit être continuée et portée à un degré plus élevé.

Lorsque l'inflammation de la portion profonde de l'urèthre est ancienne, lorsqu'elle a étendu son action jusque dans les muscles qui l'environnent, non-seulement on trouve une déviation de l'axe du canal, mais il existe aussi une augmentation considérable de la courbure bulbo-prostatique. Dans cette circonstance, le cathétérisme avec une bougie rigide est difficile à exécuter, et lorsqu'on ne connaît pas cette modification anatomique, on vient heurter avec le bec de l'instrument contre le bord rectal de la prostate : il y a du danger à agir rapidement dans cette manœuvre, car une déchirure est imminente. Il faut retirer l'instrument d'un centimètre à peu près pour le dégager, et *sans le pousser* vers la vessie, il faut abaisser le pavillon lentement, *très-lentement*, jusques entre les cuisses du malade. Lorsque le malade est debout, la portion droite du cathéter indique, avec la ligne horizontale, un angle qui marque vingt à vingt-cinq degrés. L'instrument marche alors, et il avance de toute la longueur de la partie prostatique.

On rencontre encore un temps d'arrêt, un obstacle, qu'il serait imprudent de vouloir franchir brusquement. C'est le bord rectal du col de la vessie, qui, tiré en avant par la contracture des faisceaux musculaires attachés à la prostate, vient former une saillie brusque au devant de l'entrée de l'urèthre dans la vessie. Pour éviter la difficulté, il suffit d'abaisser encore le pavillon de l'instrument avec précaution, et dans une étendue qui ne peut être déterminée, car elle varie selon le degré de l'augmentation de la courbure. L'on sent un mouvement d'échappement très-brusque et très-sec, et l'instrument pénètre alors dans la vessie.

Ces faits, qui paraissent graves, qui semblent exiger un long traitement, cèdent rapidement après l'introduction de quelques sondes rigides de six à sept millimètres. Ces différents obstacles diminuent progressivement en peu de jours, l'introduction de la sonde devient facile, les courbures anormales et les déviations disparaissent, et après quinze ou vingt jours de traitement, tous les accidents ont cessé.

Il existe cependant des exceptions; l'on est quelquefois arrêté

par des difficultés que l'on ne pouvait pas prévoir, et, dans ces cas, le traitement peut être très-long.

Je citerai le fait suivant comme un exemple des complications qui viennent enrayer la marche du traitement.

M. H.., officier de l'armée d'Afrique, âgé de trente-six ans, eut une première chaude-pisse à l'âge de vingt et un ans. Pendant plus de six mois, il prit du copahu et se soumit à un régime sévère; ce fut sans succès. Désespéré de ne voir aucun changement dans sa position, il fit une orgie si complète, il but tant de vin de Champagne, qu'on dut l'emporter, et il ne se réveilla que quarante-huit heures après; l'écoulement avait disparu, il était guéri.

Deux ans après, il eut une seconde gonorrhée; il prit beaucoup de copahu et du cubèbe : après sept mois de traitement, il fut enfin guéri.

En 1843, dans une orgie (à Alger), il vit, par suite d'un pari fait entre camarades, plusieurs femmes de différentes nations. Il fut atteint d'une uréthrite si aiguë, que la marche était devenue impossible, et que l'émission de l'urine lui arrachait des cris. Après un long traitement, par un grand nombre de méthodes, l'écoulement diminua beaucoup, mais il restait toujours une goutte épaisse, jaune, qui tachait le linge. Les urines coulaient librement, mais avec douleur et par un jet en spirale. Les érections étaient douloureuses, moins franches et moins fréquentes; c'est surtout pour ces dernières causes que ce malade vint me consulter. (*Extrait d'une note manuscrite du malade.*) Je fis une exploration avec une bougie à boule de 5 millimètres, et voici ce que je trouvai dans le canal.

La bougie à boule pénétra jusqu'à la portion bulbeuse, où elle fut arrêtée; j'attendis quelques minutes en la maintenant contre l'obstacle, elle le franchit, et elle arriva jusque dans la vessie. En la ramenant avec précaution, elle fut de nouveau arrêtée au bulbe, mais plus fortement qu'en entrant; elle céda à une légère traction, et elle fut de nouveau arrêtée dans la portion spongieuse, à 5 centimètres environ du méat urinaire, par un obstacle que je n'avais pas rencontré en entrant. Ce point était très-douloureux; enfin, en tirant sur la bougie, je la fis sortir en amenant un peu de sang.

J'étais fixé sur la nature du mal, j'avais affaire à un rétrécissement peu avancé du commencement de la portion membraneuse, et à une valvule de la portion spongieuse.

Après avoir, pendant quelques jours, amorti la sensibilité par la présence de très-petites bougies, je fis la dilatation du canal, jusqu'à 7 millimètres. La quantité de l'écoulement était diminuée, le jet d'urine était plus plein, et surtout plus fortement lancé; ce-

pendant il existait encore une cuisson vive dans la partie profonde du canal.

Après une marche poussée jusqu'à la fatigue, ce malade fut atteint au testicule gauche d'un gonflement, qui rendit nécessaire une interruption de quinze jours dans le traitement ; la dilatation fut reprise, et portée jusqu'à 8 millimètres ; l'écoulement ne cessait point cependant.

Une grosse bougie en cire molle fut placée pendant une demi-heure, et, en la retirant, on vit une déviation latérale de la portion courbe de l'urèthre donnant près d'un centimètre de flèche.

Le malade étant appuyé debout contre un mur, l'introduction des bougies en métal fut essayée, mais pendant quatre jours il fut impossible de dépasser la portion prostatique de l'urèthre ; enfin elles arrivèrent jusqu'au col de la vessie, où elles furent arrêtées par un obstacle très-puissant.

Pendant quelques jours, je commençai en introduisant des bougies flexibles de sept millimètres, les laissant en place pendant une demi-heure; ensuite, je les remplaçai par des bougies de métal de cinq et de six millimètres, que je laissai dans l'urèthre seulement pendant une ou deux minutes.

Sous l'influence de ce traitement, je vis successivement disparaître toutes les résistances au passage des bougies, excepté celle qui persistait encore au col de la vessie. L'urèthre, étant devenu moins irritable, permit d'imprimer à la sonde un degré considérable d'inclinaison, sans produire une trop vive douleur, et lorsque le pavillon fut amené entre les cuisses du malade, le bec de l'instrument pénétra dans la vessie par une saccade très-brusque. La bougie fut maintenue dans cette position inclinée pendant cinq minutes.

Cette manœuvre, qui devint de plus en plus facile, fut répétée pendant quatorze séances, et les bougies rigides pénétrèrent enfin dans la vessie, sans qu'il fût nécessaire de produire encore cet abaissement exagéré du pavillon : l'écoulement a entièrement disparu.

L'exposition des faits rapportés dans ce travail permet de poser les conclusions suivantes :

1° La goutte militaire est généralement l'effet d'une diminution du calibre de l'urèthre, ou d'une déviation de la courbure de ce canal.

2° Cette diminution ou cette déviation, en opposant un obstacle à la libre sortie de l'urine, enflamme la muqueus uréthrale, et produit une sécrétion anormale.

3° L'obstacle peut exister, ou dans la portion droite, ou dans

la portion courbe, ou en même temps dans les deux portions de l'urèthre.

4° La qualité du liquide sécrété varie selon le siége de l'obstacle.

5° Le traitement médical est peu efficace contre cette affection.

6° Le traitement mécanique est le seul véritablement actif.

7° La dilatation graduée est la méthode générale.

8° La scarification et le déchirement sont des moyens exceptionnels, applicables seulement à quelques cas particuliers.

Il est malheureusement certain qu'en médecine une vérité n'est jamais absolue; j'ai rencontré quelques faits devant lequels j'ai été impuissant. Sur cinquante-huit sujets qui se sont présentés à moi avec la maladie dont je viens de parler, et dont j'ai pris l'observation en vue de ce travail, quatre se sont montrés rebelles à tout traitement. Ne pouvant rien, dans ce cas, par la méthode que je viens de décrire, j'ai eu recours aux divers moyens qui jouissent de quelque vogue, mais je n'en ai pas été plus heureux.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

PHARMACOLOGIE. — 1. *Du haschisch* ; par le docteur DORVAULT.

(Bulletin général de Thérapeutique, octobre 1848.)

Le haschisch, dont les propriétés enivrantes spéciales et vraiment extraordinaires piquent si fort depuis quelques années, en France, la curiosité des physiologistes, n'y a cependant jusqu'à présent été étudié au point de vue médical que par MM. Aubert-Roche et Moreau (de Tours). Ce dernier, qui l'a le plus expérimenté, a indiqué les secours que la thérapeutique pouvait en tirer dans le traitement des névroses en général et de l'aliénation mentale en particulier ; quant à M. Aubert-Roche, il l'a indiqué contre la peste, où il a eu occasion de l'employer avec avantage. Mais il résulte de la communication faite à l'Académie de médecine par M. Willemin, que le haschisch combat avec succès, non-seulement la peste égyptienne, mais encore le choléra indien qui, aujourd'hui, nous menace de si près.

Cette communication du plus haut intérêt, attendu les résultats inespérés que l'auteur en a obtenus, et les circonstances graves où nous sommes, nous engage à faire connaître de suite à nos lecteurs l'histoire naturelle, chimique et pharmacologique sommaire du haschisch.

Le mot haschisch est arabe et veut dire proprement *herbe*. Les Orientaux, en l'appliquant au cannabis indica, semblent en faire l'herbe par excellence. Et, en effet, pour beaucoup de populations arabes, le haschisch est considéré comme la source de toutes les voluptés, de toutes les jouissances immatérielles.

Faisons remarquer que sous ce nom de haschisch les Arabes, comme nous d'ailleurs, confondent quelquefois la plante elle-même et ses diverses préparations.

Il résulte des recherches des historiens et des naturalistes que

les effets du haschisch sont connus depuis la plus haute antiquité. Le fameux *nepenthès* dont parle Homère, les breuvages à l'aide desquels le Vieux de la Montagne, célèbre personnage du temps des croisades, obtenait les dévouements fanatiques de ses sectateurs appelés *haschischins*, (d'où est venu notre mot assassin), avaient le haschisch pour base. Les préparations fort anciennement connues dans l'Inde et d'autres contrées de l'Asie et de l'Afrique sous les noms de *malach*, *mosjusck*, *benghie*, *buang*, *assyouni*, *teriaki*, sont dans le même cas.

Le naturaliste Sonnerat paraît être le premier qui ait apporté du haschisch en France, lors de son retour de l'Inde. On l'avait à peu près perdu de vue, lorsqu'il y a quelques années MM. Aubert-Roche et Moreau (de Tours) ont rappelé l'attention sur cette étonnante substance dont les propriétés et même l'existence sont encore pour beaucoup des productions idéales, des mythes.

Le haschisch, plante, est le *cannabis indica*, de la *Diœcie hexandrie* de Linnée et des *Urticées* de Jussieu. Il est commun dans l'Inde et quelques contrées de l'Afrique, par exemple en Égypte, où on le cultive pour les besoins des haschischeurs. Il croît très-bien en France et même y vient plus vigoureux qu'en Orient, mais il n'y acquiert point les qualités, du moins à beaucoup près, de celui venu en Orient. Aussi doit-il être rejeté soit comme médicament, soit comme objet de simple curiosité. Le chanvre indien exotique est moins développé, plus grêle que notre chanvre ordinaire; autrement, il lui ressemble à ce point, que pour beaucoup de botanistes il constitue simplement une variété et non une espèce distincte.

L'époque de végétation à laquelle le chanvre indien a acquis le *summun* de ses propriétés narcotiques paraît être, si l'on en croit l'expérience des Arabes, celle où il est en fleur et même lorsqu'il commence à grener; et la partie de la plante la plus active serait les sommités fleuries. Le hachisch, en effet, que nous avons reçu dans le temps et qui avait été acheté sur un bazar de Constantinople, de même que celui qui nous avait été envoyé par M. Barbet, pharmacien d'Alexandrie, se composait du sommet des tiges portant feuilles, fleurs et fruits à la fois. En masse, le chanvre indien a une odeur forte particulière, qui, respirée trop longtemps, peut causer des vertiges; odeur qui rappelle du reste celle du chanvre de nos champs à l'époque de la floraison; mâché, il n'a presque pas de saveur.

Le chanvre indien, ainsi que ses préparations, dont les principales sont l'*extrait gras* et le *dawamesc*, ne sont nullement consi-

dérés comme médicaments par les Arabes ; aussi sont-ils du domaine public. Dans plusieurs contrées de l'Asie et de l'Afrique, ils se vendent sur les bazars. En Algérie, bien qu'ils n'y soient pas rares, il est assez difficile de s'en procurer.

La plante en nature est beaucoup moins usitée que les deux préparations que nous venons de citer. Cependant, dans quelques contrées, on le fume ou on le mâche à la manière du tabac, soit seul, soit mêlé avec ce dernier ou à d'autres substances. Usé ainsi chez nous, il ne produit aucun effet. Dans quelques pays on le pile dans un mortier de bois, et lorsqu'il est en poudre, on en fait avec de l'eau une pâte que l'on avale par petites boules. Le *madjound* des Algériens est un mélange de miel et de poudre de haschisch. On prépare aussi directement avec le haschisch des infusés, des décoctés et des boissons diverses.

L'*extrait gras* de haschisch des Arabes est obtenu en faisant bouillir les sommités fleuries de la plante fraîche avec du beurre et un peu d'eau comme intermède. Lorsque celle-ci est évaporée et que le beurre est suffisamment chargé du principe actif, on passe.

C'est une préparation onguentiforme tenace, d'une couleur jaune-verdâtre rappelant un peu celle de notre populéum, d'une saveur âcre et d'une odeur un peu nauséeuse ; mais où celle caractéristique du haschisch se démêle parfaitement de celle propre au beurre. Il rancit, mais assez difficilement, ce qui s'explique par la présence de la résine du cannabis.

L'extrait gras, qui est la préparation la plus active que les Arabes obtiennent du haschisch, se prend à la dose de 2 à 4 grammes, soit en boulettes, soit dans une tasse de café noir. Le professeur Rech, de Montpellier, dans ses expériences, l'a administré d'emblée à la dose de 10 grammes. M. Moreau (de Tours) a pu en faire prendre jusqu'à 16 grammes, sans éprouver d'accidents. Du reste, selon ce dernier, par des doses excessives de haschisch, des phénomènes physiologiques des plus intenses peuvent se développer, mais non se terminer d'une manière funeste. Les faits ne nous paraissent pas assez nombreux pour accepter entièrement cette sorte d'immunité que l'expérimentateur de Bicêtre accorde au hashisch.

L'extrait gras, en raison de sa saveur âcre et nauséeuse, est rarement employé par les Arabes, mais ils lui font revêtir les formes d'électuaire, de pâtes, de pastilles, en lui ajoutant force aromates, comme cannelle, vanille, muscade, essences de rose, de jasmin.

Le *dawamesk*, qui est la principale de ces préparations, est

une sorte d'électuaire dont la base est conséquemment l'extrait gras auquel on adjoint du sucre, des pistaches, des amandes douces et des aromates, parmi lesquels le musc doit figurer, d'après l'étymologie du nom de la préparation.

Sa saveur et son odeur sont assez agréables; sa couleur est verdâtre ou brunâtre. On y rencontre assez souvent des fragments assez gros de pistaches. M. Decourtive prétend qu'il contient quelquefois de la noix vomique et autres toxiques.

On le prend à la dose de 30 grammes, soit délayé dans du café à l'eau, soit sous forme de bols. Les effets se manifestent ordinairement au bout d'une demi-heure, une heure et quelquefois au bout d'un laps de temps beaucoup plus long après l'ingestion, selon les tempéraments. Les individus à constitution nerveuse sont plus rapidement impressionnés que les individus lymphatiques.

Les Arabes nomment *kief* cette sorte de stupeur voluptueuse produite par le haschisch, qui n'a aucun rapport avec l'ivresse causée par le vin, et laisse loin en arrière celle causée par l'opium. Les expérimentateurs français l'ont nommée *fantasia*, d'un autre mot arabe déjà francisé, il est vrai, dans un sens un peu différent.

Lorsqu'on prend du haschisch par plaisir, on doit être à jeun, afin d'éviter une indigestion, des vomissements, ce qui cependant n'arrive guère que si la dose est élevée ou si l'on résiste à son influence.

Ce ne serait pas impunément que les amateurs qui pourraient se former chez nous abuseraient des sensations que procure le haschisch, car cette substanse possède une action homœopathique qui pourrait leur devenir fatale. En effet, s'il peut amener la cure de l'aliénation mentale chez les individus qui en sont atteints, il peut, en retour, par son abus, la développer chez les sains d'esprit. Les haschischeurs orientaux de profession sont dans un état permanent de marasme et d'imbécillité.

La composition chimique du *cannabis indica* est encore mal connue; mais on sait qu'il doit ses propriétés narcotiques à une substance résinoïde nommée *cannabine*, dont nous allons maintenant faire connaître deux modes de préparation.

Le premier est de M. Smith. Après avoir concassé la plante, on la met à digérer à plusieurs reprises avec de l'eau tiède, exprimant chaque fois, jusqu'à ce que l'eau sorte incolore. Puis on la met macérer avec un soluté de carbonate de soude, dont la quantité soit égale à la moitié du poids de la plante sèche. Au bout de deux ou trois jours, on décante, et l'on met la plante en

presse. Ensuite on la lave jusqu'à ce que l'eau sorte presque incolore, afin d'enlever une matière brune et un acide gras inerte.

On sèche bien la plante, qu'on met à macérer avec de l'alcool rectifié ; on filtre et l'on ajoute au produit du lait de chaux en crème dans la proportion de 30 grammes de chaux pour 500 de plante. La chaux s'empare du chlorophylle et de l'acide gras échappé à l'action de la soude. On filtre, et on ajoute à la liqueur filtrée un léger excès d'acide sulfurique qui précipite la chaux qui y était dissoute. On agite le tout avec un peu de charbon animal et on filtre de nouveau.

La liqueur filtrée est distillée afin de retirer le plus d'alcool possible. Le résidu est placé dans une capsule avec trois ou quatre fois son volume d'eau. Par l'évaporation, ce qui restait d'alcool est chassé, et la résine se précipite au fond du vase. Le liquide surnageant est décanté et la résine lavée à l'eau froide jusqu'à ce que celle-ci cesse d'acquérir une saveur âcre ou amère. Enfin on fait sécher la résine, soit spontanément, soit à l'aide de la chaleur du bain-marie.

Le deuxième procédé est de M. Decourtive, auteur d'une *Thèse* spéciale fort intéressante sur le haschisch. Le voici : on réduit les feuilles sèches du haschisch en poudre grossière ; on fait digérer celle-ci pendant quelques heures au bain-marie, avec cinq fois son poids d'alcool à 80 degrés ; on passe avec expression et on épuise le résidu par du nouvel alcool. On filtre les liqueurs ; on retire par distillation le plus possible d'alcool, puis on évapore au bain-marie en consistance extractive ; on traite le produit par l'eau froide qui s'empare de l'extractif, et ne touche pas à la résine. On reprend celle-ci par l'alcool à 90 degrés ; on filtre encore et on évapore en consistance à la chaleur de l'étuve.

M. Decourtive dit avoir obtenu, par son procédé, du cannabis indica 9/100 de résine. Celui de M. Smith n'en fournit que 7/100. Mais le produit obtenu par le procédé Smith paraît être plus pur que celui qu'on obtient par le procédé de M. Decourtive.

La cannabine, dont les propriétés physiques sont sujettes à varier un peu, se présente ordinairement sous forme d'une matière amorphe brune en masse, et verdâtre en lames minces ; chauffée sur une lame de platine, elle se liquéfie, prend feu et brûle sans résidu. Elle a une odeur aromatique et nauséeuse ; sa saveur est poivrée, âcre et tenace ; elle est insoluble dans l'eau, ce qui doit faire renoncer aux formes d'infusés ou de décoctés de haschisch comme stupéfiant. Elle est soluble à froid et à chaud dans

l'alcool, l'éther, les graisses, les huiles fines et volatiles.

M. Moreau s'est assuré que 10 et même 5 centigrammes de cannabine, préparée par le procédé de M. Decourtive, produisent les mêmes effets que 2 grammes d'extrait gras ou 15 et 30 grammes de dawamesk.

La cannabine, telle qu'on la connaît aujourd'hui, est-elle un produit homogène ou un produit complexe, c'est-à-dire un mélange de différents produits dont jusqu'à présent on n'a pas su opérer le départ? Nous serions assez disposé à admettre cette dernière hypothèse et à penser que la cannabine sera un jour extraite dans un état chimique parfaitement défini et avec les caractères d'un alcaloïde.

Quoi qu'il en soit, la cannabine, telle qu'on la connaît aujourd'hui, est le produit haschischique employé au Caire par le docteur Willemin contre le choléra indien, et qui semble devoir être préféré pour les divers usages médicaux qu'on pourra lui trouver par la suite. En effet, le haschisch peut être ainsi dosé sûrement; tandis que les autres préparations, contenant son principe actif en proportion variable, selon la richesse de la plante dont on s'est servi, ou le procédé suivi pour leur obtention, ne le permettent pas, ou du moins qu'à peu près. Seulement, nos praticiens auront à rechercher les adjuvants et excipients propres à assurer son action; car il paraît bien démontré que certaines substances déterminent, exaltent les effets du haschisch. Une tasse de café, par exemple, prise en même temps ou après l'ingestion d'une préparation de haschis, en assure l'action.

La cannabine se prête facilement à la forme de pilules, de pastilles, et à celle d'alcoolé. C'est sous cette dernière, ajoutée à un infusé de thé ou de camomille, que le docteur Willemin a employé le médicament. Cet alcoolé ou teinture de cannabine avait été préparé par M. Gastinel, pharmacien au Caire, dans les proportions d'un grain de cannabine pour 100 gouttes d'alcool, ce qui, en calculant le poids de la goutte d'alcool, constitue un alcoolé au sixième ou au septième. Mais, considérant que des proportions en poids et rentrant dans le système décimal sont plus rationnelles et plus commodes pour la mémoire, nous proposons la formule suivante qui donne un alcoolé un peu plus faible :

Alcoolé de cannabine (au 10me).

Cannabine.	1 gramme.
Alcool à 90°.	9 grammes.

Faites dissoudre; laissez en contact quelques heures et filtrez.

1 gramme de cette teinture contiendra par conséquent 10 centigrammes de cannabine, dose que conseille le docteur Willemin dans le traitement du choléra.

La forme de pilules (argentées ou dragéifiées), dans les cas ordinaires, est certainement préférable à celle d'alcoolé qu'il faut faire prendre dans une boisson aqueuse, que la cannabine trouble, y étant insoluble. Mais dans les cas de choléra, par exemple, où il faut obtenir l'effet de suite et où les malades ne peuvent avaler rien desolide, on conçoit, au contraire, l'avantage de ce dernier.

Dans l'Inde, où il paraît que depuis longtemps on extrait la cannabine, on l'appelle *résine de ganja* ou *quaja*.

Le haschisch, bien que narcotique et stupéfiant, doit être aussi classé, selon le docteur Moreau, dans certaines périodes de son action, parmi les stimulants généraux excitateurs, tels que la strychnine, l'électricité, etc.

Avant que M. Willemin eût fait connaître l'efficacité du haschisch contre le choléra, nous avions fait remarquer les rapports qui existent entre le haschischisme et l'éthérisme. Or, des relations concernant le choléra, il résulterait qu'on a obtenu des succès avec le chloroforme ; ce serait donc un rapport de plus constaté entre ces deux phénomènes physiologiques.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 2. *Recherches expérimentales sur les fonctions de la rate et sur celles de la veine porte;* par le docteur J. Béclard, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite : *voir* t. X, octobre 1848, p. 12.)

(Archives générales de médecine, novembre 1848.)

§ II. *De la veine porte.* — Ai-je besoin de rappeler qu'on désigne sous ce nom, ou encore sous celui de *système de la veine porte,* un ensemble de veines qui, prenant naissance de tous les organes contenus dans l'abdomen, à l'exception des reins, de la vessie, et de l'utérus chez la femme, se réunissent en un tronc commun, lequel monte parallèlement à la veine cave inférieure, s'enfonce dans le foie par la scissure transverse de cet organe, et s'y ramifie à la manière des artères. Au lieu de porter immédiatement au cœur, comme toutes les autres veines, le sang qu'elle prend dans les organes par ses racines, la veine porte se résout ainsi de nouveau en un autre système de branches, qui, recom-

posées dans le foie, communiquent enfin avec le système veineux général par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques. Le sang qui circule dans la veine porte, par une exception unique dans l'économie, se trouve donc compris entre deux systêmes capillaires.

Le tronc commun de la veine porte résulte de la réunion de deux troncs principaux : la veine splénique d'une part ; la veine mésentérique supérieure ou grande mésaraïque, de l'autre, La veine splénique reçoit les branches veineuses des épiploons, de l'estomac, du pancréas, et de la dernière partie du gros intestin ; la veine mésentérique supérieure est formée par toutes les veines de l'intestin grêle et par celle de la première partie du gros intestin. Les expériences qui vont suivre sont toutes relatives au sang de la veine mésentérique supérieure. Là seulement, en effet, on peut trouver dans son état de pureté le sang de la veine porte ; pris dans le tronc commun de la veine porte, le sang se trouverait mélangé avec celui qui provient de la rate. Il faut donc remonter vers sa source jusqu'à la veine mésentérique supérieure, pour l'obtenir pur de tout mélange.

La veine mésentérique supérieure présente un volume plus considérable que celui de la veine splénique (surtout lorsqu'on opère, comme j'ai dû le faire précédemment, sur les seules branches qni sortent de la rate) ; aussi l'expérience est-elle beaucoup plus facile, et l'on obtient toujours une quantité de sang suffisante pour en pratiquer l'analyse.

Les motifs qui m'ont engagé à faire sur le sang de la veine mésentérique les expériences que je venais de tenter sur le sang de la rate sont faciles à comprendre. Le sang qui revient de la rate se porte au foie ; mais avant d'entrer dans cet organe, il opère sa jonction avec celui qui arrive par les autres branches du système de la veine porte, et c'est de leur réunion et de leur mélange que résulte le liquide sanguin qui circule dans le tronc commun de ce système. J'ai voulu savoir si le sang qui revient de l'intestin était semblable à celui qui revient de la rate, et dans le cas où il n'eût pas été le même quant à sa composition, de quelle manière et dans quel sens le liquide contenu dans le tronc commun était modifié par lui. J'étais frappé en outre des différences que présentent les quelques analyses qui ont été faites sur le sang de la veine porte. Les expériences qui vont suivre montreront à quoi tiennent ces dissidences, et donneront la clef de ces différences.

La méthode opératoire est des plus simples : on pratique sur l'animal vivant, comme dans les expériences précédentes, une

longue incision qui comprend toute la longueur de l'abdomen. Le paquet intestinal est rejeté du côté gauche, et immédiatement apparaissent, le long de la colonne vertébrale et au travers du péritoine, la veine porte et la veine cave inférieure (postérieure chez les animaux). On ne les confondra pas l'une avec l'autre : la veine porte est sur un plan antérieur à la précédente, et de plus, la veine porte est mobile avec le paquet intestinal qui lui fournit ses branches. Lorsque celui-ci sort de la cavité abdominale, elle est attirée vers le dehors, et devient moins profonde. La veine cave, au contraire, est immobile et intimement appliquée contre la paroi vertébrale de l'abdomen. Si l'on était dans le doute, on soulèverait légèrement le foie. La veine porte est celle des deux veines qui pénètre dans son intérieur. On constate le point où se fait la jonction de la veine splénique et de la veine mésentérique supérieure. On place l'animal dans une position déclive, de manière que le train de derrière soit plus élevé que les parties antérieures. Cette position a pour but de faciliter l'écoulement du sang. Cela fait, on ouvre la veine avec précaution, et on recueille le sang. Lorsque l'animal est en pleine digestion, il faut avoir soin de faire une incision parallèle à l'axe du vaisseau, afin de ne point blesser les vaisseaux lymphatiques, très-nombreux en cette région et accolés de tous côtés à la veine mésentérique supérieure.

Pour les raisons indiquées plus haut, j'ai pris pour terme de comparaison, dans ces analyses, le sang de la veine jugulaire. Ce terme étant le même dans les recherches relatives au sang de la veine splénique et dans celles qui concernent la veine porte, je pourrai plus tard comparer légitimement ces résultats entre eux.

QUATRIÈME SÉRIE. — I. *Le chien soumis à cette expérience est celui dont j'ai parlé précédemment à l'article de la rate* (voyez expérience n° IV, 3e série).

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte (v. més.)*	
Eau.	778,87	Eau.	702,39
Globules et fibrine.	141,72	Globules et fibrine.	227,02
Albumine et sels.	79,41	Albumine et sels.	70,59

Cette augmentation énorme du chiffre des globules dans le sang de la veine porte me surprit extrêmement ; le lendemain, je recommençai l'expérience.

II. *Chien de moyenne taille, assez fort.*

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte (v. més.)*	
Eau.	762,37	Eau.	744,87
Globules et fibrine.	159,21	Globules et fibrine.	178,91
Albumine et sels.	78,42	Albumine et sels.	76,22

III. *Chien de haute taille.*

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte (v. més.)*	
Eau.	766,41	Eau.	732,37
Globules et fibrine. . . .	148,92	Globules et fibrine. . . .	192,34
Albumine et sels.	84,67	Albumine et sels.	75,92

Dans ces deux expériences, mêmes résultats que dans la première. Dans celle-ci, l'augmentation du chiffre des globules s'élevait-il est vrai, au delà de 80 ; mais dans la seconde et la troisième, l'augmentation, pour être moins considérable, n'en était pas moins réelle. Elle était de 20 dans l'une, de plus de 40 dans l'autre. J'étais tenté de considérer ce résultat comme constant, et j'en cherchais déjà l'explication, lorsque j'eus l'idée de faire faire au chien sur lequel j'allais expérimenter un repas copieux de pain et de viande de bœuf bouilli. J'attendis que la digestion fût dans toute son activité et deux heures après je l'ouvris. L'animal était en pleine digestion. L'estomac renfermait encore une partie des aliments non digérés ; tout l'intestin grêle était rempli des produits de la digestion ; le système chylifère était gonflé. Voici le résultat tout à fait inattendu que l'analyse du sang de la veine jugulaire et de la veine porte donna :

IV. *Chien de moyenne taille, en pleine digestion, pain, viande (composée de gras et de maigre.)*

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte (v. més.).*	
Eau.	778,90	Eau.	778,85
Globules et fibrine. . . .	158,20	Globules et fibrine. . . .	58,97
Albumine et sels.	62,90	Albumine et sels.	162,18

Cette expérience m'apprit, à n'en pas douter, que la digestion exerce sur la composition du sang contenu dans la veine porte une influence des plus remarquables. Le chiffre des globules s'était abaissé de 158 à 58 ; l'albumine, au contraire, avait augmenté dans la même proportion ; le chiffre de l'eau n'avait pas changé. A compter de ce moment, je donnai à mes recherches une direction mieux déterminée. Je me rappelai que, dans mes trois premières expériences, j'avais opéré sur des chiens qui, amenés le matin et muselés depuis leur arrivée, étaient nécessairement à jeun, au moins depuis l'époque où ils m'avaient été apportés jusqu'au moment de l'opération. Or, l'intervalle écoulé entre ces deux époques avait été d'au moins six heures ; peut-être même avait-il été beaucoup plus considérable, car il était fort possible que ces animaux n'eussent pas mangé depuis la veille. Il me restait par conséquent à constater : 1° Si cette diminution des globules était un fait constant au moment de l'absorption digestive ; 2° à quelle époque les globules augmentaient dans le sang de

la veine porte ; 3° à quelle époque l'équilibre entre le chiffre des globules du sang de la veine porte et celui des globules du sang de la veine jugulaire se rétablissait. Les expériences suivantes peuvent éclairer ces différents points.

V. *Vieux cheval complétement usé et tout à fait à jeun* (depuis la veille, au matin, il était à Alfort, renfermé dans la cour aux cochons, auxquels il devait être, après sa mort, livré en pâture.)

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte.*	
Eau.	782,95	Eau	774,89
Globules.	128,44	Globules.	128,40
Albumine et sels.	48,45	Albumine et sels.	91,59
Fibrine.	4,16	Fibrine.	5,12

L'estomac et les intestins de ce cheval ne renfermaient aucunes traces d'aliments; il y avait environ vingt-quatre heures qu'il n'avait mangé. Toute influence de la digestion sur la composition du sang peut être ici considérée comme nulle. On remarquera que le chiffre des globules est exactement le même dans les deux saignées. Le chiffre de l'eau est un peu moins fort dans la veine porte, et la différence est compensée par une augmentation dans les proportions de l'albumine et de la fibrine. Nous examinerons plus tard ce résultat.

VI. *Chien de moyenne taille, jeune et faible, tué une heure et demie après un repas copieux de pain et de viande de bœuf.*)

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte.*	
Eau.	796,38	Eau.	851,63
Globules et fibrine.	132,44	Globules et fibrine.	82,74
Albumine et sels.	71,18	Albumine et sels.	65,63

J'ai laissé le chien dont il est question ici boire après son repas ; c'est aussi le cas du chien de l'expérience suivante.

Dans cette expérience, il y a diminution des globules dans le sang de la veine porte. L'albumine est aussi diminuée d'une manière absolue, mais cela tient à l'augmentation du chiffre de l'eau ; car si nous comparons entre eux les matériaux solides de ces deux analyses, nous voyons que le chiffre de l'albumine, comparé au chiffre des globules, est plus considérable dans le sang de la veine porte que dans celui de la veine jugulaire.

VII. *Chien de moyenne taille, assez robuste.* (Ce chien a mangé et bu en même temps que le précédent ; il n'a été tué que trois heures et demie après le repas.)

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte.*	
Eau.	770,20	Eau.	823,51
Globules et fibrine.	157,80	Globules et fibrine.	100,53
Albumine et sels.	72,00	Albumine et sels.	75,69

Je ferai pour cette observation les mêmes réflexions que pour la précédente.

VIII. *Chien de moyenne taille, tué dix heures après un repas copieux de pain et de viande de bœuf.*)

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte.*	
Eau.	789,44	Eau.	759,37
Globules et fibrine.	132,17	Globules et fibrine.	165,21
Albumine et sels.	78,39	Albumine et sels.	75,42

IX. *Cheval vigoureux, tué à cause d'un accident.* (Ce cheval était au régime des chevaux destinés aux dissections, une botte de paille et une demi-botte de foin par jour ; il y avait huit à dix heures qu'il n'avait pas mangé. La dernière partie du gros intestin était seule remplie de matières fécales.)

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte.*	
Eau.	788,95	Eau.	767,12
Globules.	119,39	Globules.	136,41
Albumine et sels.	78,65	Albumine et sels.	92,05
Fibrine.	4,01	Fibrine.	4,42

L'augmentation des globules dans le sang de la veine porte et la diminution de l'eau, tels sont les phénomènes importants de ces deux expériences, et il est remarquable qu'ils n'apparaissent qu'un long temps après l'ingestion des aliments. Les phénomènes de la digestion ne s'accomplissent donc pas tous dans l'intestin.

X. *Lapin tué trois heures après un repas de son et de légumes.*

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte.*	
Eau.	892,80	Eau.	828,66
Globules et fibrine.	116,91	Globules et fibrine.	105,21
Albumine et sels.	53,29	Albumine et sels.	66,13

XI. *Chien de moyenne taille, tué huit heures après un repas de viande de bœuf et de pain.* (Ce chien n'a pas bu.)

Sang, veine jugulaire.		*Sang, veine porte.*	
Eau.	769,71	Eau.	737,21
Globules et fibrine.	148,32	Globules et fibrine.	189,37
Albumine et sels.	81,97	Albumine et sels.	73,42

Résumons ces différents faits.

Il est constant que le sang de la veine porte varie considérablement eu égard à la proportion de ses éléments contituants, et ces variations sont en relation directe avec les diverses époques de la digestion.

Il y a d'abord diminution des globules et augmentation d'albumine (quelquefois d'albumine et d'eau) ; puis le résultat inverse

s'établit, et le chiffre des globules s'élève bien au-dessus de ce qu'il est dans le sang de la veine jugulaire. Cette augmentation et cette diminution peuvent varier dans les limites de 80 et même de 100. La diminution des globules et l'augmentation de l'albumine ne sont jamais plus prononcées qu'au moment de l'absorption des produits de la digestion. L'augmentation des globules, le rétablissement de l'albumine à son chiffre normal, et la diminution de l'eau, n'atteignent leur maximum que de six à dix heures après l'ingestion des aliments.

Sur le cheval, la quantité de sang obtenue m'ayant permis de doser séparément la fibrine de la veine porte, j'ai remarqué dans les deux expériences une augmentation notable dans sa quantité. Dans ces deux expériences, j'avais à expérimenter sur le sang d'animaux arrivés depuis longtemps à la période ultime de la digestion, c'est-à-dire complétement à jeun.

Avant de passer à la discussion des différents problèmes que ces résultats soulèvent, je noterai quelques particularités physiques que m'a offertes l'examen du sang et de ses principes constituants dans cette dernière série d'expériences. De même que le sang de la veine splénique, le sang extrait de la veine porte et abandonné à lui-même s'est toujours séparé en deux parties, caillot et sérum ; jamais je n'ai constaté cette fluidité persistante qu'on a voulu lui attribuer. J'ai remarqué que le caillot était d'autant moins limité, d'autant plus isolé des parties liquides, que la quantité des globules était moindre.

La fibrine extraite par le battage du sang de la veine porte diffère à peu près comme la fibrine de la veine splénique de celle du sang artériel et veineux général. Elle n'est point élastique, ne se prend pas en filaments, mais en petites masses. Abandonnée à elle-même, à l'air libre et sec, elle s'est complétement liquéfiée en quelques heures. Le liquide était tout à fait analogue pour la consistance à de la mélasse. La fibrine extraite simultanément du sang artériel et veineux (veine jugulaire) du même animal, et placé dans les mêmes circonstances, s'est au contraire desséchée.

Dans les expériences qui précèdent, ayant eu plusieurs fois l'occasion de saigner les animaux, tant à la veine porte qu'à la veine jugulaire, pendant le travail de la digestion, j'ai pu constater un phénomène qui a souvent préoccupé les médecins ; je veux parler du sang laiteux. Rien n'est plus facile que de l'examiner sous cette apparence : non pas le sang dans la totalité de ses éléments, bien entendu, car alors la couleur des globules domine toujours par son éclat, mais la partie liquide du sang dé-

pouillée de ses globules par la coagulation spontanée ; en un mot, le sérum. Or, toutes les fois qu'on examine le sérum du sang, soit de la veine jugulaire, soit de la veine porte (le phénomène est beaucoup moins marqué ici), décanté vingt-quatre heures après une saignée pratiquée à un animal carnivore en pleine digestion, voici ce qu'on observe :

Ce sérum est blanchâtre, trouble et opaque ; au bout de six ou huit heures, il s'est éclairci dans sa masse, mais il s'est couvert d'une couche blanche, tout à fait analogue à de la crème. Examinée au microscope, cette matière crémeuse a tout à fait l'aspect granuleux des particules élémentaires du chyle. Traités par l'éther, sous le microscope, les granules disparaissent, et on voit se former des îles arrondies sans volume déterminé, qui, en se desséchant par l'évaporation de l'éther, laissent des grumeaux irréguliers (masse graisseuse). Ainsi les globules du chyle versé dans le sang par la veine sous-clavière circulent avec ce liquide pendant un temps assez long ; ils peuvent traverser le système artériel et revenir au cœur par les veines sans être encore modifiés.

Ces histoires de sang laiteux rapportées par les anciens médecins, et que les modernes ont prises pour des fables, s'expliquent, ce me semble, ainsi tout naturellement ; tout porte à croire d'ailleurs qu'ils n'ont voulu parler que du sérum.

Si l'on conserve encore des doutes sur ce point, c'est que les occasions d'observer le sang chez l'homme au moment de la digestion sont extrêmement rares ou impossibles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 3. *Recherches sur la stegnose* (*sclérème des adultes*).

(Journal des Connaissances médico-chirurg., novembre 1848.)

Il existe une maladie caractérisée par la dureté et par le rétrécissement d'une portion plus ou moins étendue de la peau. Les anciens médecins grecs la décrivaient sous le nom de stegnose, et les nombreux synonymes, qui ont servi à désigner cette maladie, montrent qu'elle a été connue de tout temps. Je crois devoir conserver le mot de *stegnose* parce qu'il est ancien, et qu'on ne saurait avoir trop de respect pour les dénominations qui ont été longtemps usitées, et qu'on s'expose à perdre la con-

naissance des choses en perdant celle des mots. La stegnose ayant été récemment présentée comme une maladie nouvelle par M. le docteur Thirial et M. le professeur Forget, je viens non pas attaquer les travaux de ces deux écrivains, mais leur fournir l'appui de la tradition médicale.

Je vais rapporter plusieurs observations qui sont, pour la plupart, oubliées dans les annales de la science, et qui ne doivent pas être négligées vu la rareté de la stegnose ; je rechercherai ensuite les passages des médecins anciens qui peuvent avoir trait à cette affection ; j'énumérerai les tentatives qui ont été faites au dix-huitième et au dix-neuvième siècle pour constituer nosologiquement cette espèce morbide ; enfin, j'examinerai si la stegnose offre toutes les conditions d'une maladie.

Article I. — *Observations de stegnose.*

Obs. I.—Stalpart van der Wiel rapporte une observation fort incomplète sans doute, mais qui, offrant quelques symptômes de la stegnose, mérite d'être rapportée ici. Je crois devoir en rapporter le titre, parce qu'il prouve qu'une maladie, lorsqu'elle est peu connue, est disséquée, en quelque sorte, et présentée sous quelques-uns de ses traits seulement. Voici ce titre : « *Peau entière d'un corps dépourvue de sentiment et de chaleur.*

« On met avec raison l'insensibilité au nombre des vices de la peau, et l'on trouve peu d'auteurs qui en aient parlé, parce que sans doute cette maladie est fort rare. Frédéric Helvétius, médecin, m'en a rapporté un exemple assez remarquable arrivé en 1678. Une pauvre femme, âgée de 36 ans, demeurant à Amsterdam, avait la peau froide comme le marbre, sans que ses membres fussent privés du mouvement. Elle était rude partout et comme celle d'un tambour, sans avoir de sentiment. Ce médecin la guérit en trois semaines par le moyen des diaphorétiques et des antiscorbutiques.

« *Remarques.* Je me souviens d'avoir lu quelque chose de semblable arrivé à une femme. Je me rappelle l'histoire d'un scorbutique, qui était venu exprès des Indes pour se faire guérir de cette fâcheuse maladie. Quoiqu'il n'eût point de difficulté à remuer ses membres, sa peau était si insensible, que des charbons allumés ne lui faisaient point impression ; mais les parties au-dessous de la peau sentirent de la douleur en pincant. »

Stalpart van der Wiel ajoute quelques autres remarques qui ne présentent d'utile que la phrase suivante, sauf une hypothèse. « Si on demande d'où vient cette insensibilité, on doit savoir qu'il arrive quelquefois qu'un *froid externe et rigoureux*, et

même quelques humeurs obstruant les pores de la peau et bouchant le passage aux esprits produisent cette insensibilité. »

Arrivons à des observations plus détaillées. Celle de Strambio, quoique ayant été déjà indiquée, mérite d'être reproduite ici, parce qu'elle a été recueillie sur un homme. On connaît actuellement cinq observations de stegnose ayant atteint des hommes ; elles sont dues à Diemerbroeck, à Strambio, à MM. Bouchut et Putegnat. On s'était trop hâté en disant que cette maladie n'attaquait que des femmes.

Observation du professeur G. Strambio. Endurcissement du tissu cellulaire.

Obs. II. — « Boniface Lassa de Plegnana, cultivateur, âgé de 48 ans, d'une constitution robuste, fut attaqué, dans l'été de l'année dernière, d'une fièvre quotidienne, mais éphémère, qui fut suivie d'une espèce d'éruption exanthématique entre le tissu cellulaire et la peau, sans sortir au dehors.

« L'hiver passé, il prit encore la fièvre, et vint à l'hôpital où il fut saigné et traité, comme affecté d'une scarlatine chronique, vu la rougeur et la rigidité de la peau. La fièvre ayant disparu, il retourna à ses travaux ; mais s'apercevant que ses muscles devenaient de plus en plus rigides, il revint, il y a un mois et demi, à l'hôpital pour prendre les bains : il en prit douze simples et huit sulfureux, qui firent disparaître une espèce de granulation que l'on sentait au-dessous de l'épiderme ; mais la peau, toujours rouge, est devenue d'une rigidité extrême, et dure comme du parchemin sec. Elle s'est en même temps tellement contractée, que les bras à demi pliés ne peuvent plus s'étendre. Les muscles et le derme des extrémités inférieures éprouvent une pareille contraction. A son entrée dans la salle, on lui a prescrit le kermès minéral intérieurement, et des frictions simples avec l'axonge.

« Au 20 août, la peau est un peu moins rude ; mais la rigidité est passée dans les muscles, et il y a à craindre une espèce de tétanos chronique. Mixture excitante et frictions huileuses, qui ne produisent aucun effet marqué. Au 1er septembre, on mit le malade à l'usage des poudres de Plumer, faites avec le mercure doux et l'oxyde d'antimoine sulfuré rouge. Ce remède parut procurer quelque relâchement dans les systèmes musculaire et dermoïque. Mais, après un mois, la maladie restant dans un état stationnaire, on passa à l'usage des frictions mercurielles, qui ne produisirent aucun soulagement. On tenta plusieurs autres espèces de frictions ; mais la peau, frappée d'une atonie gé-

nérale, n'en ressentait aucun effet. Au surplus, les fonctions vitales et animales ne paraissaient pas avoir éprouvé la moindre altération : l'appétit était bon, le sommeil paisible, les forces naturelles, les selles et urines régulières.

« Enfin, le médecin, voyant l'inutilité des remèdes topiques, eut recours au mercure doux, qu'on administra d'abord à 12 grains en vingt-quatre heures, et que l'on porta successivement jusqu'à demi-drachme, et, pour boisson, la décoction de salsepareille. Au bout de quatre à cinq jours, le malade s'aperçut que ses jambes devenaient plus flexibles ; vers le milieu d'octobre, il put marcher librement, et ses bras pouvaient un peu s'étendre. Enfin, par l'usage soutenu de ces deux remèdes, la peau reprit peu à peu sa flexibilité et sa moiteur. Il survint, vers le 25, une éruption générale par tout le corps, de petits boutons pustuleux pleins d'une eau limpide, accompagnée de sueurs profuses. Il y eut un mouvement fébrile qui se soutint pendant deux jours. Le 30, cet exanthème commença à se dessécher, et tout l'épiderme s'en allait en écailles furfuracées. Cette crise fut le terme de la maladie, et, le 6 novembre, le malade sortit entièrement rétabli. »

« Cette maladie est extrêmement rare parmi les adultes, et elle paraît même être d'une nature tout à fait différente de celle qui attaque parfois les nouveau-nés. Nous n'en connaissons qu'un exemple rapporté par le docteur Curzio de Naples, dans une lettre écrite en 1754 à l'abbé Nollet. »

« Quant à l'éruption pustuleuse qui termina la maladie, il est incertain si ce fut une crise ou un effet du mercure qui, n'ayant pas produit de salivation, porta ses effets sur le système lymphatique et dermoïque. »

Alibert a fait connaître deux cas de stegnose, l'un incomplet, l'autre assez complet. Je conserve le style d'Alibert, qui tranche par sa pompe avec les paroles simples des autres observateurs. Laissons parler l'auteur de la *Nosologie naturelle*.

Sclérémie des adultes.

Obs. III et IV. — « Je me souviens d'avoir lu dans un journal l'histoire d'une malheureuse mère, frappée de tous les accidents de cette terrible maladie (la stegnose). Elle avait perdu trois de ses enfants par une mort aussi atroce qu'injuste, durant la tourmente révolutionnaire. Un matin on la trouva immobile dans son lit et saisie d'un froid glacial. La surface des téguments était dure, inerte et rénitente comme celle de l'ivoire : son triste sort

rappelait celui de Niobé, convertie en rocher par les dieux de la Fable.

« Mais rien n'est plus propre à inspirer de l'étonnement qu'un fait qui m'a été communiqué par M. Le Tourneux, médecin à Fougeroles, département de la Mayenne. Ce praticien estimable, ayant été appelé près d'une dame, fut singulièrement surpris de trouver que chez elle le thorax, le cou, les bras et la tête étaient dans un état de dureté extraordinaire, et que le tronc se trouvait en tout semblable à celui d'un buste de marbre d'un beau poli. Ce médecin avoue que, depuis trente-cinq années qu'il pratiquait son art, il n'avait jamais vu une semblable maladie. La femme dont il s'agit était âgée de quarante-quatre ans. Elle avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à trente-huit ans, époque d'une grossesse pénible. La couche fut heureuse, mais suivie de quelques accidents qui ne lui permirent pas d'allaiter son enfant. Quelque temps après, elle entreprit un voyage à cheval, par un temps froid et humide, sans avoir pris les précautions nécessaires pour se garantir des injures de l'atmosphère : elle éprouva, en conséquence, beaucoup de froid. Arrivée chez elle, elle ressentit un malaise extraordinaire auquel le repos n'apporta aucun remède et qui s'accrut de jour en jour ; bientôt enfin, elle s'aperçut que son cou devenait dur, quoiqu'il fût sans enflure et sans augmentation de volume. Progressivement les épaules, les bras, les seins, le dos, enfin toutes les parties situées au-dessus du diaphragme, acquirent une consistance prodigieuse ; le visage et le cuir chevelu furent les dernières parties qui s'endurcirent. Tel était, depuis l'épigastre jusqu'à l'extrémité de la tête, l'état des téguments, qu'ils ne cédaient à aucune compression, et offraient la même résistance que le marbre. Dans cette déplorable situation, la malade ne pouvait, en aucune manière, se mouvoir ; le pouls était imperceptible au toucher. Elle se plaignait d'une légère céphalalgie ; mais ce qu'il y avait de surprenant, c'est que la déglutition, la digestion et la menstruation, s'opéraient avec régularité, preuve incontestable que les organes intérieurs ne participaient point de l'état de la peau. La malade avait d'ailleurs conçu une grande inquiétude sur sa situation. »

M. Letourneux employa les frictions mercurielles chez cette malade. « Le soir même, il survint une salivation abondante, ce qui prouve que les absorbants n'avaient pas perdu leur activité. La malade fut mise à l'usage intérieur des diaphorétiques, qui procurèrent de légères moiteurs et un soulagement sensible. Elle put bientôt se servir de l'avant-bras, et commença à sentir les pulsations du pouls qui conservait néanmoins une sorte de dureté.

Je n'ai point appris, depuis cette époque, si cette dame intéressante avait été complétement rétablie par les soins assidus qu'on lui prodiguait. — Telles sont, du reste, les seules données que l'expérience a pu fournir jusqu'à ce jour sur le traitement de la sclérémie. Il est d'autres problèmes à résoudre; il faut espérer qu'on y parviendra. »

En 1820, Casanova rapportait un nouveau fait de stegnose qui offre plusieurs détails intéressants, mais qui est incomplet, comme d'ailleurs la plupart des observations de stegnose : on le conçoit aisément, vu la chronicité de cette maladie.

Observation médicale sur un cas d'endurcissement du tissu cellulaire chez un adulte, par Casanova.

Obs. V. — « La comtesse M...., âgée de 22 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, pléthorique, née à Munich, en Bavière, de parents qui jouissaient d'une bonne santé, n'ayant qu'un frère qui s'est toujours bien porté, n'avait jamais éprouvé aucune altération notable dans sa santé, lorsqu'au commencement de 1816, les menstrues cessèrent de paraître sans aucune cause connue.

« Deux mois après, on remarqua à l'extérieur du corps, et plus particulièrement aux endroits correspondant à l'interstice des muscles, des taches blanches et des cordons striés, quelquefois marbrés, qui étaient très-durs au toucher, et correspondaient à un endurcissement du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, qui commençait à se former de toutes parts.

« On s'empressa alors d'administrer les secours de l'art les plus propres à rappeler le cours périodique de l'éruption menstruelle et à faire disparaître l'induration croissante du tissu cellulaire. On ne tira aucun avantage du traitement qui fut suivi : les menstrues ne reparurent pas, et l'induration cellulaire parut même faire des progrès.

« Dans les premiers mois de 1818, je fus appelé chez cette malade par le conseiller docteur Hartz.

« Les menstrues étaient alors totalement supprimées depuis deux ans; le sein gauche était généralement endurci, son volume sensiblement réduit, et moindre que celui du sein droit ; il était d'une couleur pâle et d'un blanc mat, annonçant l'imperfection et l'insuffisance de la circulation capillaire : du reste, il n'était point douloureux à la pression.

« Le bras gauche offrait un pareil endurcissement dans tout son contour ; mais l'induration était plus forte et plus manifeste dans les interstices des muscles.

« La partie antérieure et gauche des parois abdominales présentait, en différents points, un pareil endurcissement.

« On ne remarquait aucune induration à la cuisse du même côté ; mais les interstices musculaires de la jambe gauche offraient un endurcissement très-notable.

« Le bras droit présentait une teinte blanche et un endurcissement cellulaire sous-cutané au point d'insertion du muscle deltoïde à l'humérus. On remarquait dans le trajet de l'artère brachiale une ligne blanche et une espèce de cordon fort dur, qui se prolongeait jusqu'à l'articulation du bras avec l'avant-bras.

« Cette dame n'éprouvait aucune incommodité et ne souffrait jamais dans le jour. La nuit, elle était tourmentée par de fortes douleurs au bras gauche, qui se faisaient plus vivement sentir par intervalles. La circulation était très-lente dans ce bras et paraissait même quelquefois presque imperceptible. Du reste, aucune des fonctions principales de l'économie n'était dérangée : l'appétit s'était toujours soutenu et l'extérieur de la malade ne faisait présumer l'existence d'aucune maladie.

« Les moyeus les plus variés étaient restés jusqu'alors sans effet, tels que les poudres emménagogues et diaphorétiques, les frictions avec les pommades et les liniments de toute espèce, même avec la pommade mercurielle, qui semblait avoir aggravé le mal, sans compter le magnétisme dont on croyait pouvoir attendre de bons résultats.

Je convins avec le docteur Hartz qu'on tenterait les bains de vapeur de vinaigre : ces bains furent administrés au nombre de soixante, sans aucune sorte d'avantage, et la maladie parut même acquérir une plus grande intensité.

« Dans cet état de choses, la malade se trouva entièrement confiée à mes soins par l'absence du docteur Hartz.

« Je la soumis à l'usage des fumigations sulfureuses, selon le procédé du docteur Galès, de Paris, et j'employai en même temps les moyens auxiliaires qui me parurent les plus propres à rétablir les fonctions. On administrait deux fumigations par jour.

« Après la ving-quatrième, les menstrues, qui étaient supprimées depuis deux ans et demi, commencèrent à paraître. Les fumigations sulfureuses furent continuées jusqu'au nombre de cent vingt ; elles déterminèrent une transpiration très-abondante et une améliorations très-remarquable des parties malades. L'évacuation menstruelle s'est rétablie complétement et la maladie a disparu en très-grande partie.

« L'induration du bras gauche seule a résisté ; encore s'est-

elle beaucoup atténuée par degrés, à l'aide des fumigations sulfureuses locales, administrées pour le bras seulement, jusqu'au nombre de quatre-vingt-dix. »

Les rédacteurs des *Annales du Cercle médical* ajoutaient en note les lignes suivantes :

« Pendant une absence d'environ quatre mois que fut obligé de faire Casanova, les fumigations sulfureuses furent discontinuées ; les douleurs du bras gauche se renouvelèrent, la libre contraction des muscles offrit de la difficulté, l'avant-bras et les doigts restaient fléchis, les mouvements étaient embarrassés. »

Casanova se proposait de recourir encore aux fumigations sulfureuses, secondées de tous les autres moyens curatifs convenables.

Casanova, qui avait pris l'engagement de communiquer au journal la suite de cette observation, n'a pas rempli cet engagement.

Casanova fait remarquer que le froid n'a contribué en rien à l'induration du tissu cellulaire dans le cas qu'il a relaté. « Ce fait, ajoute-t-il, me paraît digne d'intérêt sous un autre point de vue ; en effet, il présente le phénomène de l'endurcissement du tissu cellulaire chez un adulte ; ce qui peut-être n'a pas encore été observé, ou du moins n'a pas été publié. »

Qu'il me soit permis de rapporter encore trois observations plus connues que les précédentes ; les deux dernières nous révèlent les lésions de la stegnose. C'est sous le nom de *Phlegmasia alba dolens*, que M. Pierquin a publié deux faits relatifs à la maladie dont il est en ce moment question.

Obs. VI. — « Françoise Lapalme, âgée de 36 ans, d'une constitution éminemment lymphatique, sujette aux engorgements glanduleux et aux phlegmasies cutanées, maigre, irritable, blonde, d'une haute stature, mère de plusieurs enfants, fut subitement en proie, dans la nuit du 16 octobre 1825, à une céphalalgie et à une cardialgie très-fortes, avec nausées et vomissements.

« Appelé vers les dix heures, la malade nous présenta, outre les symptômes précédents, une langue sale, une fièvre très-forte et une grande sensibilité épigastrique. (cataplasmes de farine de lin.)

« Le lendemain, 18, le front paraît être le siége d'une induration cutanée très-remarquable, ainsi que du tissu cellulaire sous-jacent. Le derme n'offre rien d'érysipélateux (lotions avec une once de décoction de digitale pourprée). *L'inflammation* blanche, douloureuse, envahit la face, le cuir chevelu et les

oreilles (même prescription, avec addition de quelques gouttes de sous-acétate de plomb liquide).

« Le 21, l'endurcissement avait totalement disparu, et la pression n'était plus suivie d'aucune douleur; mais toutes les parties soumises à l'*inflammation* paraissaient encore infiltrées. »

Obs. VII. — « Madame Totin, âgée de 72 ans, d'une constitution forte et robuste, d'un tempérament sanguin, à la suite du traitement de Nouffer, contre le ténia, fut en proie aux symptômes suivants : Depuis plusieurs jours, elle s'apercevait que, sans changer de couleur, la face se tuméfiait, se durcissait notablement et était le siége d'une distension extrêmement douloureuse, sensation qu'elle comparait à celle que procurerait une vive pression sur une contusion récente. Depuis le 13 jusqu'au 24 juillet 1824, l'endurcissement incolore envahit le front, les joues, la partie postérieure, latérale et antérieure du cou, ensuite la poitrine et le sein gauche; le bras du même côté, puis l'avant-bras, l'extrémité supérieure opposée, et enfin, le dos, furent aussi le siége de cette *phlegmasie*, qui dès lors enleva à la malade la liberté de ses mouvements et l'obligea de garder le lit.

« Le vendredi, six sangsues furent appliquées au cou, parce que la respiration était considérablement gênée et que les cataplasmes agissaient trop lentement pour garantir de la suffocation imminente. Cette application fut suivie d'un si heureux résultat, que nous en appliquâmes autant à la poitrine, parce que le tiraillement occasionné par l'induration de la peau et du tissu cellulaire était trop douloureux.

« Le 22, quinze sangsues furent encore appliquées au cou contre le même accident, qui avait reparu. Elles firent disparaître enfin la roideur des tissus et le prurit de cette partie, ainsi que de la poitrine et des épaules.

« Lorsque l'induration et la tuméfaction régulières, incolores, douloureuses, pongitives, abandonnaient une partie, celle-ci devenait mollasse et ressemblait à du mercure renfermé dans une peau de chamois, mais ne conservait point de trace, même après la plus forte pression. La teinture de digitale en friction avait paru augmenter l'intensité et la douleur de la maladie, à ce point que la malade était restée plusieurs nuits sans pouvoir se coucher, lorsque l'induration eut envahi le dos. La meilleure position était de rester sur son séant; c'est ainsi qu'elle passa tout ce laps de temps. Les cataplasmes émollients, les sangsues et les moyens antiphlogistiques nous parurent constamment les plus efficaces.

« Le 26, trente sangsues soulagèrent encore la malade ; le 28, vingt sangsues au bras gauche produisirent le même résultat. La malade put, après cela, se coucher sur le dos, et ses forces furent moins épuisées par la privation du sommeil et du repos. Le sein gauche n'éprouvait pas la moindre distension douloureuse par le décubitus.

Le 30, vingt sangsues sur l'avant-bras ; des mouchetures n'avaient donné issue qu'à une légère quantité de sang.

« Jusqu'au 9 août, nous avons poursuivi la *phlegmasie blanche* partout où elle s'est présentée, et nous avons appliqué plusieurs fois trente sangsues, soit sur le sein gauche, soit à la gorge ; et, le 10, elle a mis encore quarante-six sangsues sur le bras qui est revenu à son premier état pathologique et qui l'a même dépassé. La gorge est moins prise et le visage moins tuméfié.

« Même application le 11 et le 12 sur l'avant-bras, outre les cataplasmes de feuilles de digitale, qu'on arrosait toujours avec une décoction de cette plante.

Le 13, mort, au matin, sans douleur et sans agonie.

« *Nécroscopie.* Tous les organes étaient sains, à l'exception des plèvres costales, qui offraient quelques adhérences aux plèvres pulmonaires. La poitrine contenait encore une certaine quantité de sérosité (la malade avait été guérie par nous, quelques mois auparavant, d'un hydrothorax). La peau et le tissu cellulaire sous-jacent offraient encore une certaine dureté dans tous les points qui avaient été le siége de la maladie. De légères incisions sur tous les points envahis par la *phlegmasie blanche* nous montrèrent le tissu cellulaire blanc, compacte, dur comme s'il eût été fortement comprimé. Quelques vaisseaux avaient acquis un volume plus considérable que dans l'état sain. L'arrivée du convoi nous empêcha de pousser plus loin nos investigations.

MM. Rilliet et Barthez observaient, en 1843, le fait suivant qu'ils semblaient mettre en réserve pour le moment actuel.

Obs. VIII. — « Un enfant de *deux ans* est pris, au milieu de la bonne santé, de tristesse, de fièvre, de soif, de perte d'appétit, de dévoiement. Huit jours plus tard, il commence à enfler d'abord à la face, puis aux membres : l'enflure et la fièvre augmentaient en général le soir. Lorsque nous le vîmes, il nous présenta tous les caractères d'une anasarque, assez peu intense, inégalement répartie, ayant toutefois le caractère d'être très-dure par places et moins dans d'autres. Comme dans l'anasarque, nous observâmes des alternatives dans la diminution et l'augmentation du gonflement aux diverses parties du corps.

« Nous vîmes l'enfant pendant trois semaines; il mourut d'une

autre affection après cinq semaines d'enflure et six semaines de maladie.

« Voici quel était l'état du tissu cellulaire.

« *Autopsie.* Le tissu cellulaire de l'avant-bras, épais dans plusieurs points, de plus de 8 millimètres, est dur et résistant au scalpel : il est formé de lobules graisseux parfaitement distincts, et séparés les uns des autres par des cloisons épaisses et fibreuses dans quelques points, plus minces dans d'autres ; le tissu graisseux lui-même est rouge et résistant et laisse écouler à la coupe à peine quelques gouttes de sérosité. Aux jambes, la dureté est un peu moindre et le tissu plus pâle ; il a, du reste, le même aspect. Aux cuisses, où l'on avait observé une légère diminution sur la fin de la vie, on retrouve le mêms tissu, mais moins épais. »

« Cette description, bien qu'incomplète, ne permet pas de douter que la maladie que nous avons eue sous les yeux n'était pas un œdème, mais bien un eudurcissement du tissu cellulaire, une véritable *cellulite chronique* qui pendant la vie en avait imposé pour une anasarque. »

Haller, si attentif à recueillir les cas rares, nous a transmis le résultat d'autopsies qui compléteront les deux observations précédentes.

« Induration du tissu cellulaire.

« J'ai vu que le tissu cellulaire pouvait devenir d'une telle dureté, que la jambe amenée vers le tronc restait immobile dans cet état de flexion. Cherchant avidement la cause de ce phénomène, je rencontrai un tissu cellulaire dur et presque tendineux, chez une femme d'un âge très-avancé ; le corps tout entier, le tissu cellulaire, la peau, les nerfs, présentaient une dureté remarquable qui frappait l'observateur le plus négligent. L'abdomen était divisé par trois cordes, comme tendineuses, que l'on distinguait à l'aide du doigt. Il y avait une ligne blanche et en demi-lune ; les unes et les autres étaient non pas osseuses, mais très-dures et élastiques. Une autre vieille femme m'a offert la même lésion, etc. »

La stegnose est-elle la même maladie que le sclérème des nouveau-nés ? Joseph Franck pense que ce sont deux états morbides distincts. Voici quelques traits qui semblent différencier ces deux affections.

1. La stegnose affecte surtout la peau.

Le sclérème des nouveau-nés, le tissu cellulaire.

2. La stegnose ne s'accompagne pas d'œdème.

Le sclérème des nouveau-nés s'accompagne sinon toujours,

du moins très-souvent d'œdème, à tel point que plusieurs médecins donnent au sclérème le nom d'œdème des nouveau-nés.

3. La stegnose ne présente pas cet état asphyxique, cette congestion sanguine profonde qu'on observe chez les nouveau-nés atteints de sclérème.

4. La stegnose est surtout chronique.

Le sclérème des nouveau-nés est aigu.

5. La stegnose se termine ordinairement par la santé.

Le sclérème des nouveau-nés se termine, dans l'immense majorité des cas, par la mort.

6. La stegnose ne s'accompagne pas d'ictère.

Le sclérème des nouveau-nés présente quelquefois cette complication.

7. Le froid est une des causes occasionnelles de la stegnose, mais n'en est pas la seule cause. Les astringents appliqués à la surface de la peau, la suppression des règles, ont coïncidé dans certains cas avec le développement de la stegnose.

L'impression du froid est la cause occasionnelle la plus fréquente du sclérème des nouveau-nés.

J'ajouterai la remarque suivante : Le sclérème qui attaque d'ordinaire les enfants presque aussitôt après leur naissance, et les emporte si rapidement, peut aussi se montrer plus tard et même après le temps de la lactation, comme l'avait dit Alibert. Dans quelques cas rares, le sclérème peut affecter la forme chronique. Ces cas de sclérème qui sortent de la ligne commune se rapportent-ils à la stegnose ? Je me borne à poser la question.

Traitement. Le traitement de la stegnose n'étant point encore institué, je ne ferai qu'énumérer rapidement les moyens qui ont été employés par les divers praticiens dans les cas de stegnose récemment observés : on verra plus loin le traitement prescrit par les anciens.

Les antiphlogistiques ont été utiles chez plusieurs malades. A la suite des saignées générales ou locales, on a plusieurs fois constaté une diminution dans la rigidité de la peau.

Les bains avec la décoction de ciguë semblent avoir été suivis de quelque amélioration.

Le mercure administré, soit en frictions, soit à l'intérieur, l'iodure de potassium, ont été employés avec succès.

Les bains de vapeur, les fumigations sulfureuses et la plupart des sudorifiques, doivent être mentionnés comme efficaces dans cette maladie. — Nous en dirons autant des purgatifs.

Les vésicatoires à la nuque, les fonticules aux cuisses, les

frictions excitantes, les bains alcalins ont produit de bons résultats.

L'hydrothérapie doit clore cette série de moyens thérapeutiques.

La stegnose ayant une marche chronique et se prolongeant quelquefois pendant plusieurs années, il arrive assez souvent que le malade, fatigué de l'inefficacité des remèdes auxquels il a été soumis, renonce à tout traitement; dans d'autres cas, le médecin, empêché par des circonstances diverses de suivre la maladie pendant toute sa durée, ne peut arriver à une appréciation nette et précise des agents thérapeutiques qu'il avait commencé à mettre en usage.

---

4. *Mémoire sur l'épidémie de choléra qui a régné à Iassy (Moldavie), pendant les mois de juin et juillet* 1848; par M. A.-H. Bassereau, docteur en médecine.

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1848, p. 52.)

(Gazette médicale de Paris, N° 43; 1848.)

Troisième période. — Nous arrivons maintenant à la troisième période de la maladie, c'est-à-dire à celle où les malades étaient envahis presque simultanément par tous les symptômes du choléra au plus haut degré, et cela dans un espace de temps tellement court, qu'il nous est arrivé souvent de venir chez un malade, auprès duquel on nous avait appelé immédiatement dès le début des symptômes, et de le trouver déjà froid, cyanosé, le ventre contracté et collé à l'épine dorsale, la peau des pieds et des mains ridée, les oreilles flétries et livides, la figure froide ainsi que la langue et l'haleine, les yeux caves, tourmenté de crampes, de vomissements et de diarrhées, se répétant à chaque instant. Que faire en pareille circonstance?... saigner? Nous l'avons essayé plusieurs fois, mais le sang ne coulait plus des veines!... Nous avons eu recours aux toniques, aux excitants les plus énergiques à l'intérieur, au sulfate de quinine, à l'esprit de corne de cerf succiné, au vin chaud sucré avec de la cannelle, des clous de girofle, dans lequel nous ajoutions encore quelques cuillerées de rhum, et que nous faisions prendre aussi chaud que possible, alternativement avec des pilules de glace. Il est inutile de dire que nous avions eu recours, simultanément avec la médication interne, aux révulsifs externes les plus puissants. Les malades, il est vrai, quelquefois ne vomissaient pas les boissons; les crampes cédaient quelquefois, parfois c'était la diarrhée. Eh bien! malgré tout cela, nous devons l'avouer, il est très-peu pour ne pas dire point de cas où le malade atteint, ainsi que nous

venons de le dire, ne soit pas mort en quelques heures! Il restait froid en dépit de tous les moyens employés, la respiration s'embarrassait de plus en plus et il finissait par mourir asphyxié, tant était puissante la cause du mal qui attaquait ainsi la vie jusque dans sa source (1).

Cette période de l'épidémie dura dix à douze jours, pendant lesquels il succomba un nombre considérable de malades, et ce fut surtout pendant cet intervalle que la maladie n'épargna ni les femmes enceintes ni les enfants en bas âge, car nous en avons vu et en très-grande quantité, depuis l'âge de 2 ans, succomber avec tous les symptômes du choléra déclaré, ce qui n'arriva ni pour les uns ni pour les autres dans l'épidémie de 1832.

Après avoir ainsi décimé la population pendant quatre semaines à peu près (espace de temps pendant lequel on estime le nombre des morts à 9,000 environ, chiffre effrayant pour une population de 70 à 80,000 âmes), la maladie diminua pour laisser après elle des diarrhées, des dyssenteries et surtout des fièvres rémittentes et intermittentes du plus mauvais caractère. Les diarrhées, qui vu la chaleur contractaient le caractère bilieux, étaient surtout accompagnées d'une prostration extrême. Nous avons vu des malades à la suite d'une seule évacuation, avec sentiment de brûlure dans le rectum, tomber dans un état de faiblesse extraordinaire. Le calomel uni à l'opium nous a assez bien réussi dans ces cas. Nous donnions chaque deux heures une poudre composée de

Prenez :	Protochlorure de mercure.	5 centigrammes
	Extrait aqueux d'opium.	12 milligrammes.

Les sangsues à l'épigastre ne nous ont pas semblé offrir des

(1) Nous avons employé l'élixir de Voronèje à plusieurs reprises, d'après la méthode du docteur Andriewski, médecin de S. E. le comte Vorongow, et son inventeur (*). Nous avons également administré, d'après les conseils du même médecin, l'huile de naphte et la teinture d'hypericum, sans en avoir obtenu aucun effet qui ait pu nous déterminer à en continuer l'emploi.

(*) Nous donnons ici la recette de cet élixir qu'on recommandait comme faisant des merveilles; peut-être les estomacs russes ont-ils une puissance d'assimilation qui manque à ceux des autres peuples.

Prenez :	Alcool rectifié. . .	5 liv.	10 onces	(La liv. russe est de 12 onces.)
	Sel ammoniac. . .	»	1 once	
	Nitrate de potasse .	»	»	10 drachmes
	Poivre.	»	»	10 —
	Acide nitrique. . .	»	»	4
	Vinaigre.	1 liv.	2 onces	»
	Huile de naphte non purifiée. . .	»		4 drachmes
	Menthe poivrée. .	1/2 liv.		

M. s. a.,
et exposez pendant douze heures à une température de 30 à 40 degrés.

D'après M. le docteur Andriewski, on donne l'élixir par quart ou demi-once à la fois dans de l'eau-de-vie, du vin blanc, ou dans une infusion froide de thé ou de mélisse, de menthe, etc. Si le malade ne vomit pas pendant dix minutes après avoir avalé la dose, on s'arrête; si, au contraire, il vomit, on la répète. Jamais on n'en donne davantage que ce que nous venons d'indiquer, à moins d'une rechute accompagnée de symptômes graves. (Extrait d'une correspondance de M. le docteur Andriewski. Tiflis, 28 oct. 1847.)

résultats très-avantageux ; elles enlevaient, il est vrai, la douleur épigastrique, mais elles n'avaient aucune influence sur l'état général ni sur la diarrhée. Pour boisson, nous donnions au malade une décoction légère d'orge, ou de riz ou de salep, acidulée avec quelques gouttes de jus de citron.

Chez ceux qui étaient atteints de fièvre rémittente ou intermittente (fièvres qui ne se montraient presque jamais avec un type bien franc), dont la langue était chargée et les selles difficiles, un éméto-catarthique nous a bien réussi ; par exemple :

Prenez : Sulfate de magnésie. . . . . 15 grammes.
Tartrate antimonié de potasse. . 5 centigrammes.
Dissous dans une livre et demie de bouillon d'oseille, à prendre en quatre ou cinq fois, à une demi heure d'intervalle.

Si la fièvre ne cédait qu'imparfaitement, que la peau restât chaude, sèche, le pouls accéléré, nous ordonnions la potion suivante comme tempérante :

Prenez : Feuilles de digitale pourprée. . . . 2 grammes.
Infusez pendant un quart d'heure dans :
Eau bouillante. . . . . 180 —
Ajoutez : Nitrate de potasse. . . 2 —
Sirop de framboises. . . . . 30 —
F. s. a. A prendre chaque deux heures deux cuillerées à bouche.

Nous avons vu souvent alors la fièvre céder ou prendre un type franchement intermittent, et alors le sulfate de quinine en faisait raison.

Une fois tous les symptômes dissipés, s'il restait de la faiblesse générale, nous faisions prendre à nos malades une décoction amère et de la limonade sulfurique.

Quant à ceux qui, dans le cours de l'épidémie ou même après, ont été atteints de diarrhée avec borborygmes, sans douleur dans le ventre ni à l'estomac, il a suffi pour la plupart du temps d'un thé léger de menthe et de camomille, avec quelques gouttes d'éther sulfurique et de laudanum liquide de Sydenham ou même de l'usage du vin de Bordeaux ; si elle résistait, nous avions recours pour l'arrêter aux poudres suivantes :

Prenez : Sous-nitrate de bismuth très-pur. } de chaque
Poudre de Dower. . . . . } 1 décigramme.
Sucre. . . . . 5 décigrammes.
F. s. a. A prendre chaque deux heures une poudre, ou bien à la potion avec la teinture de ratanhia.

S'il y avait des nausées, nous la composions ainsi :

Prenez : Sous-carbonate de potasse. . . 8 grammes.
Saturez avec : suc de citron. . . Q. S.
Ajoutez : Eau distillée de menthe. }
— de camomille. } 60 gram. de chaque.
— d'anis. . . }

Extrait de columbo.	}	de chaque.
Teinture de ratanhia.	}	2 grammes.
Sirop de cannelle.		30 —
Eau distillée de laurier-cerise. .		8 —
Laudanum liquide de Sydenham.		75 centigrammes.

F. s. a. Prenez chaque deux heures deux cuillerées à bouche.

Si nous récapitulons les différentes formes sous lesquelles s'est présentée l'épidémie de cette année, nous trouvons qu'elle diffère de celle de 1832, d'abord par son début caractérisé, par des symptômes gastro-encéphaliques auxquels nous avons constamment opposé, avec succès, les émissions sanguines générales (saignée du bras) et les vomitifs (ipécacuanha). Nous trouvons ensuite que ces symptômes se sont prolongés pendant la seconde période, et que les mêmes moyens, tout en apportant du soulagement aux malades, n'empêchaient cependant pas la maladie de suivre son cours, seulement ils la rendaient moins grave; que même ils ont quelquefois, à eux seuls, procuré des guérisons; que dans la troisième période, et lors même que l'épidémie avait presque cessé, quand ces mêmes symptômes se présentaient, ils étaient non-seulement inutiles, mais que la saignée, quand on parvenait à tirer du sang de la veine, avait l'inconvénient de jeter les malades, qui avaient le bonheur d'échapper aux accidents cholériques, dans un état nerveux, qui les prédisposait singulièrement à l'invasion des symptômes typhoïdes, lesquels ordinairement devenaient fort graves, et les emportaient le plus souvent dans un espace de temps assez court; enfin que, cette année, un nombre considérable de femmes enceintes et d'enfants (depuis l'âge de 2 ans) ont été atteints de l'épidémie, ce qui n'avait eu lieu en 1832 ni pour les uns ni pour les autres.

Quant à notre opinion sur les causes de la nature du choléra, nous la résumerons en peu de mots. Les observations que nous avons faites cette année, jointes à celles que nous avions déjà faites en 1832 à Paris, alors que nous étions dans les hôpitaux, nous ont confirmé dans cette opinion que « le choléra est le « résultat d'un véritable empoisonnement miasmatique. Ce poi- « son nous est inconnu dans sa forme comme dans son mode « d'action sur l'organisme. Son existence n'est révélée que par « ses effets. Il paraît avoir pour véhicules l'air et l'eau. »

Nous disons que l'empoisonnement miasmatique, dont le choléra est l'expression, paraît avoir pour véhicules l'air et l'eau. La première de ces assertions nous semble peu contestable; car dans l'épidémie que nous venons d'observer, il n'est presque personne qui n'en ait ressenti plus ou moins l'influence. Chez les uns, un peu de faiblesse ou quelques vertiges; chez les autres,

des nausées ; chez certains, des borborygmes presque continuels ; chez ceux-ci, une légére diarrhée ; chez ceux-là, le défaut d'appétit ou quelques crampes légères, bornées parfois à des douleurs musculaires. Enfin il est très-peu d'individus qui n'aient eu à se plaindre de quelque légère indisposition, à laquelle, dans tout autre temps, ils n'eussent pas pris garde, et sur laquelle alors leur attention était appelée. Ajoutons que la maladie a surtout sévi dans les lieux bas, malsains, où il y avait encombrement (chez les juifs surtout) ; le long du Backloui, ruisseau stagnant, à Ciganimé-Domneacka, sur la route de Sokola, où les maisons sont au-dessous du sol ; chez ceux enfin qui, par une vie misérable et le défaut de moyens, ne pouvaient pas opposer à l'épidémie une force de réaction suffisante (1).

Quant à l'influence de l'eau, quoiqu'elle ne soit pas peut-être aussi évidente, cependant nous dirons à l'appui de notre opinion que là où l'air est vicié, l'eau doit l'être nécessairement, que presque tous les malades auxquels nous donnions pour boisson de l'eau pure, en quelque petite quantité que ce fût, finissaient par la vomir en entier au bout d'un espace de temps plus ou moins long, tandis qu'ils vomissaient beaucoup moins fréquemment les eaux distillées, les infusions aromatiques chaudes. Celles-ci ne se trouveraient-elles pas privées, par l'ébullition et la distillation, du germe cholérique, qui, dans le premier cas, venait ajouter son action pernicieuse sur l'estomac à celle de l'air extérieur sur le sang, et par suite sur le système nerveux en général. D'un autre côté, les personnes bien portantes, habituées à ne boire que de l'eau et auxquelles nous avons conseillé l'usage du vin comme moyen prophylactique, sont celles qui ont le moins ressenti l'influence épidémique, tandis que nous en avons vu d'autres, dont le vin était la boisson ordinaire, être prises du choléra pour avoir bu quelques verres d'eau pure (2).

(1) La constitution atmosphérique sous laquelle s'est développée l'épidémie a été une chaleur caniculaire qui s'est élevée jusqu'à 32° Réaumur, avec des vents variant du sud au sud-ouest. Chaque fois qu'il est tombé de la pluie, ce qui est arrivé deux ou trois fois, le nombre des malades et des morts augmentait d'une manière considérable.

(2) Pour nous convaincre de l'influence de l'eau sur l'épidémie, nous en avons fait boire à plusieurs malades gravement atteints, tous l'ont vomie ! Nous avons fait bouillir cette même eau, et l'avons donnée aussi chaude que possible. Sur 18 malades, 14 ne l'ont pas rendue ! Après l'avoir laissée refroidir et l'avoir agitée à plusieurs reprises pendant plusieurs heures, nous avons fait boire cette même eau aux mêmes malades, et sur ce même nombre de 18, 16 l'ont vomie ! Nous n'avons pas pu continuer ces expériences et d'autres que nous voulions faire, le temps matériel nous ayant manqué à cause de nos nombreuses occupations. Nous aurions voulu surtout expérimenter l'électricité et l'acuponcture.

Et si les malades surpportent mieux la glace que l'eau, ne serait-ce pas aussi que, outre son action tonique à l'époque où celle-ci a passé de l'état liquide à l'état solide, l'air ne contenant pas le principe délétère, germe de la maladie, elle n'a pu en être imprégnée ?

Pour ce qui est de la contagion, nous déclarons qu'à nos yeux, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le choléra n'est point une maladie contagieuse; cette opinion est celle des quatre cinquièmes des médecins qui l'ont observé, et tous ceux qui ont écrit sur ce sujet et dans ce sens ont apporté assez de preuves à l'appui de leur façon de penser pour que nous nous dispensions d'y revenir. Nous nous bornerons seulement à dire que dans tous les pays où le choléra a sévi, s'il est mort quelques médecins atteints par lui, les neuf dixièmes ont échappé ; qu'il en a été ainsi à Berlin, à Paris, à Londres, à Vienne en 1832, et qu'il en a été encore de même aujourd'hui. Or, certes, si quelqu'un devait être frappé du choléra, c'est à coup sûr le médecin, qui passe les jours et les nuits au lit des malades, les touchant, aspirant les miasmes qui s'échappent d'eux ; et quand il est à la tête d'un hôpital, n'est-il pas là, au milieu d'une atmosphère saturée de miasmes cholériques ? En second lieu, on n'est jamais parvenu à développer directement le choléra par le contact ni par l'inoculation. Or peut-on en dire autant de la peste, de la syphilis, de la petite vérole ? Comment se fait-il que, dans des maisons qui se sont mises ici en quarantaine, le choléra ait atteint et emporté des gens qui n'avaient eu aucune communication avec le dehors ? Je sais qu'on nous dira qu'il est fréquemment arrivé que, lorsqu'une personne est tombée malade dans une maison, plusieurs autres ont été ensuite atteintes de l'épidémie. Cela est vrai ; mais il est bon d'observer que ces cas n'ont eu lieu en général que parmi les domestiques, c'est-à-dire parmi des individus qui tous se trouvent à peu près dans les mêmes conditions que celles où la maladie sévit de préférence ; ce sont des gens qui prennent peu de précautions hygiéniques, qui souvent sont mal nourris, mal logés, font des excès en tout genre, et qui, par conséquent, offrent à l'épidémie la même prise que ceux chez lesquels elle se développe ordinairement, et que nous avons indiqués plus haut. En second lieu cependant, combien n'a-t-on pas vu de personnes être atteintes seules et mourir dans une maison nombreuse, quoiqu'elles eussent reçu les soins de ceux qui les entouraient, sans que celles-ci soient tombées malades. Tout cela ne prouve pas autre chose, sinon que, pour gagner la maladie, il faut être dans de certaines conditions, qui sont, il est

vrai, développées et rendues plus fréquentes par l'influence de la constitution épidémique, mais cela ne prouve nullement que le choléra soit contagieux. Comment se fait-il, s'il se transmet par contagion, qu'après avoir complétement cessé en Russie pendant l'hiver, il se soit de nouveau montré subitement à Saint-Pétersbourg cette année? Comment se fait-il qu'il ait sauté de Backeau à Iassy, à une distance de dix-huit lieues, et qu'il ait envahi Bucharest avant la capitale de la Moldavie, sans qu'il y en ait eu un seul cas dans les localités intermédiaires? Je sais qu'on nous dira que la maladie a pu être apportée par quelqu'un venu de cette ville ; à cela nous répondrons que le premier malade à Iassy a été vu par nous, le 15 mai ; que nous nous sommes scrupuleusement informé auprès de lui et des personnes qui l'entouraient, s'il avait été en relation avec quelqu'un venu du dehors; que tous nous ont répondu par la négative la plus complète. Comment se fait-il que, depuis le 15 mai jusqu'au 4 juin, on n'en ait signalé aucun autre cas? et cependant ce malade avait été soigné, frictionné, baigné, changé par sa femme, sa sœur et ses enfants, et cependant aucun d'eux n'a été atteint.

De tous ces faits et de tous ceux cités à l'appui de la non-contagion, dans les ouvrages écrits sur le choléra, nous concluons encore une fois que cette maladie n'est point contagieuse, et que par conséquent les quarantaines sont non-seulement inutiles, mais encore dangereuses, en ce qu'elles effrayent les populations, tandis que la confiance et le courage sont un puissant auxiliaire au non-développement de l'épidémie.

Quant au traitement que nous avons suivi chez presque tous nos malades, il est la conséquence de l'opinion que nous nous sommes faite de la maladie, opinion que nous ont confirmée les symptômes observés et les résultats obtenus. Ainsi, dans le commencement de l'épidémie, saignées générales du bras, pour désobstruer le poumon du sang qui menaçait de l'engouer, et lui donner plus de liberté d'action. (Vomitifs ipécacuanha) comme moyen perturbateur, c'est-à-dire pour imprimer une secousse favorable au système nerveux gastro-hépatique plutôt que pour évacuer la bile, qui souvent ne se trouvait pas dans l'estomac, et pour faciliter l'action physiologique du foie, et partant des intestins. Toniques, sous toutes les formes, selon le degré de la maladie : menthe, cascarille, cannelle, camomille, sulfate de quinine, glace, ammoniaque, vin, rhum, etc., etc. en poudres, en infusions; eaux distillées, sirops, pour relever les forces et imprimer une nouvelle activité à la circulation, sans que nous ayons jamais eu aucun signe d'inflammation du côté des organes

digestifs ; car chez la plupart des malades, jusques et même pendant la période de réaction, la langue restait blanchâtre, humide. Antispasmodiques et opiacés : éther, musc, camphre, bismuth, opium, etc., pour calmer les contractions spasmodiques anormales des muscles, soit dans les membres (crampes), soit du diaphragme et de l'estomac (hoquet, vomissements). Révulsifs de toutes sortes et des plus énergiques, surtout le long de la colonne vertébrale, afin d'agir le plus près possible des centres nerveux, et surtout du système nerveux ganglionnaire de la vie organique. Quant à la glace, nous l'avons administrée également à titre de tonique, plutôt que comme boisson ; aussi ne permettions-nous pas à nos malades d'en faire un usage continuel, car, dans ce cas, elle agissait comme sédatif, et non comme excitant. Chaque quart d'heure, chaque dix minutes, un ou deux morceaux, que nous faisions avaler entiers.

C'est à l'aide de ces moyens que nous avons traité (sauf les exceptions commandées par les symptômes à part) presque tous nos malades atteints du choléra, dans notre quartier (1), dans notre hôpital et dans notre pratique particulière. Nous ne prétendons en aucune façon faire prévaloir ni notre opinion ni notre mode de traitement sur ceux de nos confrères ; nous exposons ce que nous croyons et ce que nous avons fait. Dans des questions de ce genre, c'est à l'expérience, par conséquent à l'avenir de décider. Quant aux résultats obtenus, c'est une pierre qu'il est du devoir de chaque médecin consciencieux d'apporter à la construction de l'édifice de la science ; aux plus habiles ou aux plus heureux à le terminer !

La confusion, au moment du plus fort de l'épidémie, était si grande, qu'il a été impossible d'avoir un compte exact des malades et des morts de notre cinquième quartier. Nous le donnons ici, tel qu'il nous a été fourni par les rapports du commissariat de police, en ne garantissant que les chiffres de notre hôpital.

Depuis le 4 juin, jour où a commencé l'épidémie, jusqu'au 19 juillet, c'est-à-dire dans l'espace de quinze jours,

Sont tombés malades dans le cinquième quartier. . .	1,284	individus.
Sont morts.	682	—
Sont guéris.	602	—

(1) La ville de Iassy est divisée en six quartiers, qui ont chacun un médecin nommé par le gouvernement, chargé de visiter les pauvres et de les soigner gratis. Il leur délivre des médicaments que les pharmaciens sont obligés de fournir également gratis sur le vu de la recette, portant ces mots : « *Pro pauvere.* » Chaque pharmacien est obligé de donner, par an, des remèdes pour une somme de 200 fr. (600 piastres). En revanche, ils ne payent aucun droit de douane pour les substances qu'ils font venir de l'étranger. Le médecin de quartier reçoit, par an, 5,000 piastres, équivalant à 1,852 fr. de France.

Ce qui constitue une mortalité d'un peu plus de la moitié. Nous croyons ce chiffre beaucoup au-dessous de la vérité sous tous les rapports.

A l'hôpital, depuis le 11 juin, jour où ont été reçus les premiers malades, jusqu'au 20 juillet, c'est-à-dire dans l'espace de quarante jours :

Il a été reçu. . . . . 409 malades.

Ainsi répartis :

Hommes.	245	—
Femmes.	103	—
Enfants.	61	—
Total. . . .	409	malades.

Sur ce nombre :

Sont morts. 161

Ainsi répartis :

Hommes.	106
Femmes.	40
Enfants.	15
Total. . . .	161

Sont guéris. 248

Ainsi répartis :

Hommes.	142
Femmes.	62
Enfants.	44
Total.	248

Ce qui constitue une mortalité d'un peu plus d'un tiers (1).

Les juifs, inscrits à part, nous ont donné les résultats suivants (2) :

(1) Nous aurions voulu pouvoir établir les malades par catégories, selon le degré de la maladie; mais qui connaît les localités, les moyens que nous avions à notre disposition, sous le rapport du service, comprendra que cela nous a été impossible. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que tous nos malades, à l'exception peut-être d'une douzaine, étaient atteints au deuxième et au troisième degré.

(2) Ce qui nous a fait tenir compte du nombre des juifs entrés à l'hôpital, et de la proportion des morts et des guérisons avec les indigènes, c'est qu'il était ici une opinion généralement accréditée que tous ceux qui mangent de l'ail sont moins souvent et moins fortement atteints du choléra. Or l'ail est la principale nourriture des juifs; ils en mettent partout. On voit, par le chiffre ci-dessus, que la proportion des morts et des guérisons est, à peu de chose près, la même que pour les autres. Si le nombre des admissions à l'hôpital est moins grand, c'est qu'en général les juifs ont une grande répugnance pour y entrer. Ajoutons que, loin d'avoir été préservés, ils ont au contraire fourni les deux tiers des morts sur la somme totale. Cela tient d'abord à leur vie misérable et à leur avarice, qui les empêche de dépenser l'argent nécessaire à leur traitement quand ils sont malades.

Sur 409 malades,

Il a été reçu. . . . . 114 juifs.

Ainsi répartis :

Hommes.	65	—
Femmes.	24	—
Enfants.	25	—
Total. . . .	114	juifs.

De ce nombre :

Sont morts. . . . . 41 juifs.

Ainsi répartis :

Hommes.	29	—
Femmes.	6	—
Enfants.	6	—
Total.	41	juifs.

Sont guéris. . . . . 73 juifs.

Ainsi répartis :

Hommes.	36	—
Femmes.	18	—
Enfants.	19	—
Total.	73	juifs.

Ce qui constitue également une mortalité d'un peu plus d'un tiers.

D'où il résulte que les guérisons ont été à peu près de 66 pour 100.

Ce qui fait la différence de la mortalité, entre les malades qui sont restés chez eux, et dont un peu plus de la moitié a succombé, en faveur de ceux qui ont été traités à l'hôpital, c'est que les premiers n'ont pas pu recevoir des soins assidus, à cause de leur nombre considérable et de l'insuffisance du temps et des médecins, dont plusieurs avaient quitté la ville ; car on comprendra que, dans un quartier comme celui dont nous sommes le médecin, et qui renferme à peu près 20,000 habitants, sur lesquels plusieurs centaines étaient constamment malades, il nous a été matériellement impossible de les visiter tous, que même ceux que nous avons vus ne l'ont, pour la plupart, été qu'une ou deux fois, appelé que nous étions trop tard, et empêché en outre par nos occupations multipliées, tandis qu'à l'hôpital, malgré l'insuffisance en tout genre des moyens que nous avions à notre disposition, ils étaient cependant soumis à une visite régulière deux fois par jour, et pouvaient recevoir à chaque instant, sinon tous les secours, au moins les plus indispensables à leur état. Ce qui prouve ce que nous avançons, c'est que, dans notre pratique

particulière, nous n'avons perdu qu'un malade à peu près sur six (1).

---

5. *Seconde lettre sur le choléra-morbus en Orient et dans le nord de l'Europe*; par M. MONNERET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Bon-Secours.

(Suite : *voir* t. X, octobre, 1848, p. 60.)

(Gazette médicale de Paris, N° 44; 1848.)

La chaîne du Caucase, qui s'avance sur les bords de la mer Caspienne à Bakou, partagea le courant qui arrivait par le littoral en deux courants secondaires : l'un continua son trajet directement vers le nord, et arriva ainsi à Kisliar et Astrakhan; l'autre se jeta vers l'ouest en suivant la pente septentrionale du Caucase, tandis qu'un troisième s'avançait sur le versant méridional de ces montagnes et dans la Géorgie et l'Arménie. L'épidémie causa de grands ravages dans l'armée russe, occupée en ce moment à faire la guerre aux montagnards; elle se dirigea le long de deux fleuves, appelés le Terek et la Kouma, parcourut la province du Caucase et vint à Stavropol. Il paraît, d'après les documents que j'ai entre les mains, que le mal ne fit qu'un petit nombre de victimes parmi ces peuples, que leur sobriété, leur forte constitution et leur vie errante, ont préservés en grande partie des attaques meurtrières de la maladie. Elle présenta dans ces lieux les formes que j'ai déjà décrites.

De Stravopol, chef-lieu de la province du Caucase, le mal se répandit avec rapidité dans tout le pays qu'habitent les Cosaques de la mer Noire et du Don. Tout le littoral de la mer Azof et les villes de la Crimée furent successivement envahis; la marche du choléra fut aussi irrégulière dans cette région qu'elle l'avait été dans les autres contrées. Les gazettes russes rapportent qu'il mit vingt-deux jours pour venir de Tangarog à Marioupoul, c'est-à-dire pour faire vingt-trois lieues, tandis que de Kerson, situé à l'embouchure du Dnieper, à Pérékop, éloigné de vingt et une

(1) Une grande quantité des malades qui ont succombé ont été pour la plupart victimes de leur négligence. Combien n'en avons-nous pas vus être pris subitement des symptômes du choléra au plus haut degré, et mourir pour avoir gardé trois, quatre, cinq et même huit jours une légère diarrhée qu'ils regardaient comme innocente, quelques-uns même comme salutaire. Sur douze Français, nos compatriotes, qui ont été victimes de l'épidémie, huit étaient déjà indisposés depuis plusieurs jours : les uns avaient des nausées, les autres quelques coliques, ceux-ci un peu de diarrhée, et ils n'avaient consulté personne jusqu'au moment où ils ont été subitement atteints du choléra au troisième degré, qui les a emportés. — Au moment où nous finissons ce travail, le choléra qui décime encore les populations de la Moldavie a envahi également la Bukowine et une partie de la Gallicie jusqu'au delà de Lemberg.

lieues, il employa quarante-neuf jours. Son intensité fut également variable. Dans certaines villes, il enlevait la moitié des malades, et dans d'autres un quart seulement.

En jetant les yeux sur l'itinéraire suivi par le choléra dans ces contrées, on remarque tout d'abord qu'il a côtoyé, de préférence et avec plus de célérité, les grands fleuves et les bords de la mer. Il était dans la Crimée vers les premiers jours d'octobre, et y sévissait encore, lorsqu'il éclata tout à coup à Constantinople le 24 octobre. Comme il ne s'était déclaré aucun cas de la maladie sur toute la partie occidentale et méridionale de la mer Noire, qu'Odessa et la ligne du Danube n'avaient pas encore été atteints, on est forcé d'admettre que l'épidémie a traversé cette mer du nord au sud-ouest pour arriver jusqu'à Constantinople. En 1831, il avait suivi une marche tout à fait contraire, et avait envahi une grande partie de la Turquie avant d'apparaître dans la capitale.

Je n'énumérerai pas tous les lieux qui ont été visités par le choléra. Outre que cette relation serait stérile et difficile à comprendre sans une carte destinée à indiquer son itinéraire, elle ne servirait que médiocrement à éclairer l'histoire de l'épidémie. Je dois m'attacher surtout à l'étude des causes, des symptômes et de la marche générale affectée par la maladie pendant l'année 1847.

A l'est, le choléra a suivi le cours du Volga en côtoyant presque toujours sa rive droite. Dans cette première direction, il s'est d'abord arrêté à Astrakhan et à Saratow, où il dura un mois environ avec une intensité très-grande, puisqu'on évalue aux trois quarts des malades le nombre des décès. Il s'avança ainsi vers le nord en passant par Simbirsk et Kazan, chef-lieu des provinces de ce nom, en projetant toutefois ses irradiations meurtrières à l'est vers Orenbourg et les monts Ourals. Je ferai remarquer que, sur la route principale tracée par le choléra, on trouve un certain nombre de villes qui sont devenues des espèces de centres d'action pour l'épidémie, et qu'elle étendait de là son vaste réseau sur presque toutes les villes de la contrée. Saratow et Kazan furent du nombre de ces centres d'irradiation. L'embouchure du Volga représente assez bien la longitude orientale qui limita la maladie ; cependant, pour être exact, il faut dire qu'elle s'étendit jusqu'au 55e degré de longitude orientale.

La ligne occidentale est figurée, pour le choléra de 1847, par le Boug et le Dnieper, ou environ par le 26e degré de longitude orientale. L'espace où il s'est particulièrement développé est compris entre les deux grands parcours du Volga et du Dnieper

et de leurs nombreux affluents. On peut maintenant se faire une juste idée de la direction qu'il a suivie pour venir du sud vers le nord-ouest, c'est-à dire des bords de la mer Caspienne, du Caucase, de la mer d'Azof et du nord de la mer Noire jusqu'à Moscou et Saint-Pétersbourg.

Depuis Novo-Tcherkask, à l'embouchure du Don, et depuis Kherson à celle du Dnieper jusqu'à Moscou, Tver et Saint-Pétersbourg, il n'est pas une province russe qui ait été épargnée. Le mal a envahi successivement, du sud au nord, les gouvernements d'Ekaterinoslaw (septembre 1847), Kharkow (septembre et octobre), Woronèje, Toula et Kalouga. Un peu plus à l'ouest, et toujours du sud au nord, Kieff (octobre), Tchernigow, Mohilef (octobre). Il suivit particulièrement les rives du Boug, du Dnieper, de la Bérésina et de Pripet, franchit les vastes marais de Pinsk, et arriva en dernier lieu dans le gouvernement de Witebsk. Il mit environ un mois pour parcourir l'espace qui sépare cette dernière ville de la province de Kieff.

Les épidémies qui offrent le plus d'intérêt pour l'histoire de la maladie sont celles qui ont frappé Astrakhan, Saratoff, Kazan, Karkow et Moscou.

Le choléra s'est déclaré à Astrakhan le 3 juillet 1847, à l'époque où les eaux du fleuve forment, en se retirant, de vastes plaines marécageuses. La chaleur fut extrême, et l'on observa un grand nombre de fièvres intermittentes, de pyrexies continues de mauvaise nature, avec éruptions pétéchiales, de dyssenteries, etc. Dans cette épidémie comme dans bien d'autres, les maladies les plus diverses, telles que la folie, la syphilis, se compliquèrent de choléra, et les médecins des hôpitaux, surpris de ces complications insolites, hésitèrent un instant à le considérer comme identique avec le choléra indien. Mais bientôt le doute ne fut plus permis ; les Russes furent plus maltraités que les Ottomans et les Kalmouks. Le mal finissait souvent par des symptômes adynamiques presque toujours mortels. La mortalité fut d'environ 55 pour 100. Les épidémies qui s'étaient montrées en 1823 et 1830 provenaient également de Kisliar et de la province de Chirwan.

Saratow, sur la rive droite du Volga, est une ville bien construite et salubre où le choléra a éclaté le 24 août, avant que le mal se fût déclaré dans les villages environnants ; il n'y a duré que trente-deux jours, mais ses attaques ont été sévères : on porte la mortalité à 76 pour 100. Les médecins constatèrent les différences que j'ai déjà signalées entre le choléra de 1830 et celui de 1848 (première lettre). La forme sidérante fut plus

rare ; cependant au début les sujets périssaient en trois à quatre jours. Les accidents appelés typhoïdes constituaient une terminaison fréquente de la maladie. Presque toutes les médications furent mises en usage, ainsi qu'un certain nombre de remèdes empiriques.

Le choléra était à Kazan, sur le Volga, le 17 septembre 1847. La première apparition de la maladie fut marquée par des accidents cholériques qui compliquaient les maladies régnantes. Le traitement fut dirigé avec un rare talent par les médecins de l'Université ; il serait difficile d'établir la thérapeutique sur de meilleurs principes. Les diarrhées séreuses étaient modifiées heureusement par l'usage du calomélas à haute dose et par l'ipécacuanha. La saignée, les stimulants diffusibles, le réchauffement, constituaient les principaux agents de la thérapeutique. La mortalité fut de 49 pour 100. Le nombre des individus atteints fut moins considérable qu'en 1830.

Si maintenant l'on se reporte vers le sud, et si l'on examine d'une manière générale l'intensité du choléra dans ces diverses régions, on trouve qu'il n'a pas été aussi meurtrier que dans les parties septentrionales. A Symphéropol, à Ekatherinoslaw, la mortalité fut de 25 pour 100.

A Karkow, où la maladie dura quatre-vingt-treize jours, du 14 août au 15 novembre, la mortalité fut de 33 pour 100. Il se montra tout d'un coup dans cette ville, à plus de 100 lieues des rivages de la Donetz et du Don, où il régnait alors. La teinture d'opium unie à l'essence de menthe poivrée, la liqueur d'Hoffmann, la poudre de Dower, l'élixir de Voronèje, la potion éthérée associée à la liqueur d'Hoffmann, les bains de vapeurs, furent mis en usage avec succès. Les médecins s'accordèrent aussi à reconnaître les heureux effets de l'eau salée administrée à l'intérieur, de l'enveloppement avec le drap imbibé d'eau froide et salée, des frictions avec ce même drap et des pratiques ordinaires de l'hydrothérapie.

La dernière épidémie dont il me reste à dire quelques mots est celle de Moscou. La province de ce nom est entourée par les gouvernements de Riazan, de Toula et de Kalouga, où la maladie n'a frappé qu'un petit nombre d'habitants. Néanmoins dans ces deux dernières villes, la mortalité fut encore de 43 p. 100. Au moment où le fléau sévissait encore à Toula et avant qu'aucune ville du gouvernement de Moscou offrît des cas de choléra, le mal parut tout d'un coup dans la capitale le 1er octobre 1847. Les gouvernements de Smolensk au sud-ouest et de Wladimir au nord-est de Moscou furent peu maltraités : ce qui paraît dé-

montrer que le courant continuait à entraîner le choléra par Twer et Novogorod jusqu'à Saint-Pétersbourg. L'épidémie de Moscou offre la plus parfaite ressemblance avec celle qui s'est montrée en Orient et dans la Russie méridionale ; il est remarquable de la voir affecter la même forme dans des localités aussi différentes, à Moscou, par exemple, situé entre le 55e et le 56e parallèle, et à Constantinople sous le 42e. Malgré la diversité du climat, des mœurs, de la constitution physique des peuples, l'épidémie présenta presque partout les même caractères.

Le choléra de Moscou a duré pendant près de cinq mois (1er octobre au 18 février 1848) avec des oscillations nombreuses, prenant tantôt plus d'intensité, frappant cinquante à soixante personnes par jour, puis cessant pour reparaître encore. Les variations et surtout la longue durée du mal prouvent que l'épidémie n'avait pas une grande puissance d'action. Un auteur, que j'ai déjà cité, a cherché à en donner une idée générale par les chiffres suivants ; il a trouvé pour un jour moyen et sur une population réduite à 100,000 âmes en 1830 : 19,071 atteints, sur lesquels 10,078 morts ; en 1847 : 9,017, sur lesquels 4,068 morts. On voit donc que le nombre des personnes affectées et des morts est bien plus faible qu'en 1847. (*Vérollot*, ouv. cité, p. 128.) Peut-on, d'après ce relevé, risquer quelques suppositions sur la gravité probable du choléra dans les différentes contrées de l'Europe qu'il n'a pas encore parcourues ? L'auteur que je viens de citer a tenté de faire ce rapprochement pour Paris. En prenant pour base les tableaux contenus dans le rapport de la commission médicale de Paris pour le choléra de 1832, et en admettant une augmentation de 1/12 pour la population de cette ville, il est conduit à penser que l'épidémie ne frapperait, par jour moyen, sur 100,000 individus que 12,32 sur lesquels 6,36 succomberaient. On sait que le rapport de la commission médicale porte à 18,402 le nombre des morts. D'après le calcul précédent, il ne serait que de 8,922 en 1847, c'est-à-dire moitié moins qu'en 1830 (1).

Le mal cessa presque entièrement à Moscou dans le mois de janvier pour reparaître plus tard. On attribue cette trêve de l'épidémie au froid rigoureux qui régnait alors. La classe la plus pauvre fut presque exclusivement affectée ; et dans tous les cas elle le fut avec plus de violence que les autres habitants.

Le gouvernement de Smolensk, limitrophe de Moscou à l'ouest, fut longtemps respecté. Pendant les premiers jours de décembre,

(1) *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris, en* 1832 ; p. 55 ; in 4°. Paris 1834.

il y avait à peine deux ou trois cas de choléra ; tandis que les gouvernements de Mohilef, de Minsk et de Vitebsk étaient atteints.

Le rapide tableau que je viens de tracer, et de nombreux détails que je suis obligé de passer sous silence, conduisent à une généralisation assez complète, pour que l'on puisse formuler sur la marche, les formes et les causes de la maladie, ainsi que sur sa prophylactique, quelques propositions générales. On ne sera pas surpris de me voir réfuter un grand nombre d'hypothèses dont l'étiologie a été le sujet et qui ne s'expliquent que par le désir extrême d'arriver jusqu'à la connaissance des causes de la maladie.

Marche du choléra. — Un mot d'abord sur la direction générale suivie par cette affection. Elle a constamment marché du sud au nord-ouest en 1847 et 1848, en parcourant une ligne qui, partant de Derbend sur la mer Caspienne, viendrait aboutir à Saint-Pétersbourg en passant par la mer Azoff. Le 42e degré de latitude et la grande chaîne du Caucase forment sa limite méridionale ; le 60e degré constitue sa limite septentrionale ; de l'est à l'ouest, l'espace qu'il a parcouru est compris entre le 50e et le 26e degré de longitude orientale ; il a donc visité du sud au nord une étendue plus considérable que de l'est à l'ouest. On estime le maximum de sa vitesse à quatorze ou quinze lieues par jour ; le minimum à une demi-lieue ; en moyenne, deux lieues par jour. (*Vérollot*, ouv. cité.) Les mesures indiquées plus haut portent à deux lieues et demie l'espace parcouru. Il ne faut attacher à ces nombres qu'une minime importance ; il serait téméraire de vouloir calculer d'après eux l'arrivée probable de la maladie dans tel ou tel lieu. La nature et la constitution physique du pays où se montre le choléra, les différences que présentent les mœurs, la nourriture des habitants, sont autant de causes dont il est impossible de mesurer le degré d'influence ; enfin l'agent inconnu de l'épidémie ne saurait être, plus que les autres causes, soumis à nos appréciations systématiques.

Une dernière remarque qui n'est pas sans intérêt pour l'étude prophylactique de l'épidémie ; c'est qu'elle a suivi, dans son vaste itinéraire, la même route et frappé presque les mêmes villes qu'en 1830, et à peu près dans les mêmes mois. On doit dire seulement que sa marche a été en 1848 incomparablement plus rapide, puisqu'en moins de quatre ans elle est venue de l'Indoustan jusqu'à Moscou ; tandis qu'elle a mis treize ans pour faire le même trajet de 1817 à 1830. Il serait difficile de dire à quelle époque le choléra pourra se manifester à Paris. Le 15 mars 1831, il éclatait à Calais, et un an après seulement, le 26 mars

1832, il arrivait à Paris. Maintenant, si l'on réfléchit qu'il a marché avec une rapidité bien plus grande cette fois, on peut supposer qu'il ne sera pas à Paris avant quatre mois, c'est-à-dire vers le commencement de mars 1849.

J'ai dit que, pour un grand nombre de villes, le nombre des malades affectés et des morts avait été bien plus faible que dans la première épidémie. Il en a été de même de l'intensité des symptômes. Si dans quelques villes, le choléra s'est montré dès le début avec sa forme algide la plus grave, il n'a offert souvent que des attaques plus légères ou venait compliquer d'autres affections. La cholérine, le choléra algide, le choléra de complication, ont été les trois formes qui se sont mêlées l'une à l'autre dans des proportions diverses, suivant les localités. Lors même que la forme algide était la plus commune, elle était loin de régner seule, comme on l'a vu dans plusieurs épidémies de 1832.

Les trois symptômes caractéristiques du choléra, l'algidité, la cyanose, les crampes, n'ont pas offert en général la violence qu'on leur trouvait si fréquemment dans la précédente épidémie. La terminaison du mal par l'état adynamique a été beaucoup plus commune et apparaissait plus promptement.

Je m'arrêterai quelques instants sur un état pathologique qui a été confondu trop souvent avec l'état typhoïde, et auquel le nom d'*asphyxie lente* conviendrait beaucoup mieux. En effet, lorsqu'un sujet a été atteint d'un choléra algide simple ou compliqué qui n'a cédé qu'en partie au traitement (que celui-ci ait été insuffisant, mal dirigé ou trop tardif), la cyanose alors ne cesse qu'imparfaitement. La calorification reste affaiblie et en quelque sorte vacillante ; le pouls est débile, mou, ralenti, la respiration irrégulière, lente, suspirieuse. C'est alors que le malade, après avoir présenté les symptômes d'une convalescence courte et imparfaite, retombe dans un état plus dangereux que celui d'où il vient de sortir. Il conserve toute son intelligence, sommeille sans cesse ; son visage exprime la stupeur ; les mouvements sont lents, la soif et l'appétit nuls ; la langue est naturelle, le ventre conformé comme dans l'état normal ; les selles sont rares ou naturelles. Le malade meurt dans cet état, auquel il est peu convenable de donner la qualification de typhoïde ; car, à la stupeur près, on n'observe ni sécheresse de la langue, de la bouche, ni fuliginosité, ni soif, ni météorisme. Point de diarrhée, de chaleur cutanée, de fréquence du pouls ; en un mot presque rien de ce qui annonce l'existence de symptômes typhoïdes.

En recherchant la cause de cette asphyxie lente du choléra,

on est porté à l'attribuer à l'imperfection et à la faiblesse de l'hématose. Le sang, devenu impropre à stimuler les centres nerveux, laisse tomber tous les systèmes dans une débilité qui conduit à la mort. Je n'ai pu ouvrir un seul cadavre, à cause des préjugés encore tout-puissants chez les nations à peine civilisées de l'empire turc; je ne puis donc que supposer que les symptômes se développent d'après le mécanisme que je viens d'indiquer. La cyanose, la plénitude des veines du visage et du cou, la lenteur de la respiration, la gêne, l'anxiété pectorale qu'éprouvent les malades, la faiblesse du bruit respiratoire, l'existence de râles sonores à la base des deux poumons, donnent lieu de croire que cet organe et les autres parenchymes sont le siége de congestions sanguines.

J'ai fait quelques recherches sur la température cutanée, parce qu'elle a été l'objet d'assertions contradictoires de la part des auteurs. Ainsi le docteur Czermak a prétendu qu'au-dessus de 23 degrés cent. la mort était constante : ce qui ferait supposer que cet abaissement de température a été observé souvent dans la forme la plus grave du choléra. Sur presque tous les sujets qui ont succombé au milieu de l'algidité cholérique ou quelque temps après qu'elle avait cessé, j'ai trouvé, à l'aide du thermomètre placé sous l'aisselle, que la température ne s'écartait pas sensiblement de l'état naturel (+ 37° cent). Ainsi, pour cette affection comme pour les fièvres et quelques autres maladies, on a confondu la température vraie avec la température appréciée par le tact.

Le choléra de 1848 est loin d'avoir toujours affecté, dans les différents lieux qu'il a parcourus, cette marche régulière et par périodes qui caractérise si bien les grandes épidémies. Souvent, il est vrai, on retrouvait les périodes de début, d'accroissement et de déclin que l'intensité du mal et le nombre des attaques font si bien reconnaître, et qui ont été indiquées par tous les épidémiographes; mais dans un plus grand nombre de cas encore, ces divisions classiques n'étaient pas appréciables. L'épidémie commençait par agir sur les gens prédisposés ou malades, procédait avec lenteur et incertitude dans les attaques, hésitait à frapper ; et lorsqu'elle avait marqué quelques victimes, ses symptômes étaient encore mitigés pendant quelque temps. Une fois que l'épidémie était constituée, au lieu d'offrir une marche régulièrement croissante, ou décroissante, elle suivait pour ainsi dire une ligne à ondulations inégales qui ne ressemblait en rien aux périodes d'augment et de déclin. Ces oscillations singulières qui en résultent forment un des caractères les

plus remarquables du choléra de 1848; aussi est-il difficile d'établir rigoureusement la proportion des morts pendant les différentes phases de la maladie. Ces particularités me semblent attester une sorte de dégénérescence dans le choléra, et faire présager que, comme toutes les maladies qui ont ravagé l'Europe à d'autres époques, il finira par s'acclimater en perdant de sa violence et de ses caractères primitifs.

(La suite à un prochain numéro.)

---

6. *Recherches sur la méningite cérébro-spinale épidémique*; par M. Maillot, médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.

(Suite : *voir* t. X, octobre 1848, p. 85.)

(Gazette médicale de Paris, N° 45 ; 1848.)

Obs. IV. — Lallemand, âgé de 33 ans, caporal au 74e de ligne, est apporté à l'hôpital le 13 juin, à quatre heures du soir. Le délire continuel qui l'agite ne nous permet pas de recueillir le moindre renseignement sur ses antécédents et sur le mode d'invasion de la maladie. Tout ce que nous pouvons savoir, c'est qu'il était souffrant depuis deux jours, et que le délire s'est déclaré dans la nuit du 12 au 13 juin.

Voici dans quel état il s'offre à notre observation le 13 : forte constitution ; système musculaire développé ; tempérament lymphatico-sanguin ; traces anciennes et nombreuses de piqûres de sangsues à l'épigastre ; traits profondément altérés ; face pâle ; paupières inégalement abaissées, immobiles ; relevées, elles s'abaissent de nouveau très-lentement ; fixité du globe oculaire ; dilatation, mais mobilité de la pupille ; silence ; calme complet et cris furieux à toute voix, alternativement et à de courts intervalles. Au moment des cris, agitation et mouvements très-énergiques, violents, des membres supérieurs et des muscles de la face et du cou ; mouvements qui contrastent avec l'attitude presque immobile du tronc et des membres abdominaux. Aussi, au milieu de ce désordre du système locomoteur, le corps ne subit-il aucun déplacement. Abolition complète de l'intelligence et des sens ; sensibilité générale très obscure : on le pince très-fort sans qu'il manifeste aucun signe de douleur. Il grimace toutefois quand on exerce une forte pression à la nuque, et surtout quand on imprime des mouvements de latéralité et de flexion à la tête. Pas de rigidité bien marquée du cou. Pouls à 85-88 pulsations, régulier, mou ; peau douce, sans chaleur anormale. La langue, qu'on voit en abaissant le maxillaire inférieur dans les mouvements de calme, est humide et nette ; ni météorisme ni diarrhée ;

miction involontaire ; respiration silencieuse ; expansion vésiculaire pure ; bruits du cœur réguliers, bien frappés. (Prescrip. : Eau gomm., saignée de 500 gr., 20 sangs. aux tempes, 12 ventouses scarifiées au rachis.)

Le 14 juin. Les cris ont cessé; état comateux profond ; contracture des membres supérieurs ; soubresauts des tendons des muscles de l'avant-bras ; mouvements automatiques des doigts ; pas de rigidité du cou ni du tronc; pouls à 78 puls., mou et petit ; miction involontaire. (Prescrip. : Eau gomm., saignée de 500 gr.)

Le soir, à la contre-visite, aggravation de tous les symptômes, et de plus lividité de la face ; yeux éteints ; pupilles dilatées et immobiles ; peau couverte d'une sueur visqueuse ; extrémités froides ; membres soulevés retombant comme des masses inertes ; respiration fréquente avec râles trachéaux entendus à distance ; écume bronchique s'échappant avec abondance par la bouche entr'ouverte ; pouls très-fréquent et très-faible. (Vésicatoires aux cuisses.)

Le 15 juin. Respiration entrecoupée, courte, stertoreuse ; écume bronchique sortant très-abondamment par le nez et par la bouche ; pouls imperceptible ; froideur cadavérique de la peau.

Le malade succombe à deux heures du soir.

Autopsie vingt-huit heures après la mort.

Crâne. — La calotte osseuse enlevée, les veines périhémisphériques se dessinent à travers les membranes en reliefs bleuâtres bien accusés. Les sinus de la dure-mère sont aussi gorgés d'un sang noir, en caillots mous et diffluents. Aucun liquide n'est contenu dans la cavité de l'arachnoïde, qui paraît lisse, humide, transparente comme dans l'état normal, quand on a promené sur elle le dos d'un scalpel pour chasser un liquide rougeâtre sous-jacent. Ce liquide, qu'on peut faire cheminer sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, consiste en une sérosité légèrement trouble, ayant la couleur du suc de groseille, uniformément répandue en couche très-mince dans les intervalles qui séparent les circonvolutions entre elles. Cette sérosité, qu'on peut faire passer avec le dos du scalpel d'une anfractuosité à l'autre, occupe surtout la moitié antérieure et supérieure des hémisphères cérébraux, la grande scissure interlobulaire, la scissure de Sylvius et l'espace compris entre le chiasma des nerfs optiques et le mésocéphale. Les ventricules contiennent environ 40 grammes de cette même sérosité, qui nous paraît ici plus trouble, plus foncée en couleur, et de plus tenant en suspension de petits corpuscules blancs, déchiquetés comme des grains de semoule. Les plexus choroïdes

sont infiltrés du même liquide. Nulle part il n'existe des traces d'épanchement pseudo-membraneux. Les méninges se détachent facilement du cerveau sans entraîner aucune parcelle de sa substance, qui a conservé sa consistance ordinaire ; les coupes du cerveau ne présentent pas de piqueté, de sablé bien marqué.

Rachis. — La dure-mère incisée à sa partie postérieure, on aperçoit au milieu de la région cervicale, dans l'espace de 2 pouces environ, une plaque rouge avec injection des vaisseaux contenus dans l'épaisseur des méninges, entre l'arachnoïde et la pie-mère. Point de dépôts pseudo-membraneux nulle part ; point de pus dans les mailles de la queue de cheval. La moelle ne nous paraît ramollie dans aucun point de son étendue.

Thorax.—Poumons crépitants, mais fortement congestionnés à la partie postérieure, sans lésion de tissu. Cœur ferme, volumineux, rempli de sang à droite.

Abdomen.—Le foie et la rate paraissent un peu augmentés de volume ; l'estomac et l'intestin n'offrent pas d'altération appréciable.

Obs. V. — Pierre, âgé de 22 ans, fusilier au 57e de ligne, entré à l'hôpital le 12 avril 1848, après trois jours de maladie.

Ce malade a toujours joui d'une excellente santé ; il ne se livre à aucun excès. Le service, dans ce moment, lui est un peu pénible, voilà tout. Cependant, il y a trois jours, sans cause connue, il a été pris de malaise avec frissons violents. Le premier frisson a duré plus de quatre heures, et a été suivi de chaleur intense. Le lendemain, nouveaux frissons avec céphalalgie très-vive, soif, vomissement, anorexie, épistaxis, marche peu assurée. Ces accidents persistant, il est immédiatement envoyé à l'hôpital, où il se rend lui-même le 12, à midi.

Le 12 avril. A trois heures du soir, nous trouvons le malade debout, à côté de son lit, le pantalon à la main. Il est d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin. L'état de ses forces paraît satisfaisant. Son intelligence est complète, ses réponses aux questions qu'on lui adresse, précises ; mais ses yeux brillants, mobiles, largement ouverts, son air égaré, nous frappent, ainsi que sa parole brève, précipitée. Il accuse une céphalalgie frontale vive, de la douleur à la nuque quand il veut fléchir la tête ; il ne peut, dit-il, regarder la pointe des pieds quand il est debout. Fourmillement et crampes passagères dans les jambes ; langue humide, plate, saburrale ; vomissements très-fréquents et très-abondants. Les matières vomies sont visqueuses, comme huileuses, d'un vert-noirâtre très-foncé, et présentent au fond du vase un dépôt abondant de grumeaux d'un brun-noirâtre

ayant l'apparence de caillots sanguins, ayant subi un commencement de décomposition. Pas de météorisme ; pas de sensibilité dans aucune partie de l'abdomen ; absence de selles depuis plusieurs jours ; anorexie complète ; soif ; pouls à 80, sans dureté ; peau douce, médiocrement chaude ; quelques taches pétéchiales ; respiration normale. (Prescrip. : Limonade avec eau de Rabel, 2 grammes ; sinapisme à l'épigastre. Une saignée du bras de 500 gr., qui avait été prescrite conditionnellement, ne fut pas pratiquée.)

Le 13. Les vomissements ont persisté la nuit ; il n'y a plus, dans les matières vomies, la substance caillebotée et noirâtre de la veille. Céphalalgie plus vive ; crampes aux jambes plus continues ; intelligence très-nette ; changement fréquent de position dans le lit ; peau chaude aujourd'hui ; face injectée ; pouls à 90, plein, très-résistant. (Prescrip. : D. lim. cit., saignée de 500 gr., compresses froides sur le front.)

Le 14 au matin. La saignée de la veille n'offre pas de couenne ; le caillot est ferme, très-abondant ; délire bruyant la nuit, persistant le matin, mais cessant dès qu'on fixe l'attention du malade. Céphalalgie très-vivement sentie ; rachialgie assez obtuse, mais roideur plus considérable du cou ; élancements douloureux dans les membres inférieurs ; agitation continuelle dans le lit. Pouls à 108, plein, résistant. Température du corps à 38°, 4 cent. sous l'aisselle, et 35°,5 sur les parties latérales du cou exposées à l'air libre ; température de la salle, 18°. Quelques vomissements encore ; peu de soif. (Prescrip. : Diète ; eau gommeuse, deux fois ; saignée de 500 grammes ; 12 ventouses scarifiées (rachis) ; 12 sangsues (nuque) ; glace (tête).

A trois heures du soir, couenne épaisse sur le caillot de la saignée pratiquée ce matin. Le malade s'agite dans le lit, rit, chante et parle tour à tour de sujets très-variés. La face est très-injectée, les pommettes rouges, les yeux à demi fermés, surtout le droit, que le malade cligne entièrement quand il regarde, afin, dit-il, de ne pas voir double. Pouls à 136 pulsations, dur et résistant. Peau sèche. Température du corps à 40°,2 sous l'aisselle, et 37°,5 à la nuque. Soif très-vive, langue nette ; cessation du vomissement. (Prescrip. : Nouvelle saignée de 500 grammes ; sulfate de quinine, 1 gramme.)

Le 15 au matin. Saignée très-couenneuse encore. Air indifférent, moins d'agitation ; délire loquace ; mais reponses précises, souvenirs exacts de ce qu'on lui a fait la veille. Quand on fixe fortement son attention en élevant la voix ou en le pinçant, diplopie ; douleurs moins senties au rachis et à la tête ; progrès de la rigi-

dité cervicale. Pouls à 136, petit, irrégulier. Température du corps à 37°,5 sous l'aisselle. (Prescrip. : Eau gommeuse avec bicarbonate de potasse, 5 grammes ; 8 sangsues (tempes) ; 2 vésicatoires aux cuisses ; sinapismes (mollets) ; sulfate de quinine, 1,0 : glace (front).

A deux heures du soir, somnolence entrecoupée de paroles incohérentes. OEil droit toujours fermé, avec plissement de la paupière et du sourcil. Résolution des membres, sans paralysie. Miction involontaire. Pouls à 145, petit, 30 inspirations, expirations inégales. Température du corps à 37°. Sensibilité exagérée de la peau. (Large application du cautère actuel sur la tête et le long du rachis.)

Le 16. Parole embarrassée ; le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, ou fait des réponses qui ont rapport à tout autre objet. Roideur tétanique du tronc et du cou ; cris quand on veut lui imprimer des mouvements de flexion qui sont d'ailleurs impossibles. Pouls à 148, petit, régulier. (Prescription : Eau gomm. avec bicarbonate de potasse, 4 grammes ; sulfate de quinine, 1 gramme ; sinapismes aux extrémités inférieures ; glace sur le front ; 8 sangsues à la nuque à la visite du soir.)

Le 17. Réaction vive hier au soir. Délire assez bruyant la nuit ; calme le matin ; moins d'assoupissement que la veille. Périphérie du corps très-sensible au toucher. Pouls à 128. Éruption confluente de nombreuses vésicules d'herpès autour des lèvres ; langue assez humide ; soif. Plus de vomissements depuis trois jours. Constipation. Miction involontaire toujours. (Traitement *ut suprà* ; lavement purgatif en plus.)

Le 18. Augmentation de la rigidité du cou et du tronc ; tête renversée en arrière, tremblement léger des membres supérieurs avec contracture, facile à surmonter cependant. Extrême sensibilité de la peau du tronc et des membres inférieurs. Clignement des yeux, pupilles contractées. Pouls à 124. Pas de selles. (Traitement *ut suprà* ; de plus, boutons de feu sur la tête ; 4 décigr. de calomel dans 4 grammes de miel.)

Le 19. Hier au soir à trois heures, forte réaction ; face injectée, peau sèche, chaude (40° sous l'aisselle). Pouls à 130, résistant ; coma plus profond ; strabisme divergent ; cornée transparente à demi cachée sous la paupière supérieure.

A la visite du matin, délire calme, sans assoupissement. Pouls à 130. Constipation. (Traitement : Eau gomm. ; bicarbonate de potasse, 6 grammes ; sulfate de quinine, 1,0 ; calomel avec miel, 0,4.)

Le 20 et le 21. Pas de nouveau symptômes ; persistance, avec

toute leur intensité, des paroxysmes du soir. Affaissement; progrès du coma, toutefois avec intervalles de lucidité intellectuelle en fixant fortement l'attention du malade. Pouls de 120 à 130, assez soutenu. Langue sèche, lèvres et dents fuligineuses; soif. Constipation opiniâtre; pas de météorisme. Toux et râles muqueux dans les deux poumons. Soubresauts des tendons; carphologie. (Prescrip. : Eau gomm. avec bicarbonate de potasse, 6 gram.; calomel, 0,6; exciter les vésicatoires; sulfate de quinine, 1 gramme.)

Les 22 et 23. Les croûtes d'herpès se détachent; la langue et les lèvres sont moins fuligineuses; l'œil est moins terne; la face reprend un peu d'expression. Rêvasseries bruyantes. Tremblement général spasmodique, surtout des membres supérieurs. Opisthotonos toujours; moins de sensibilité quand on le touche et qu'on le remue pour panser les plaies faites par les sinapismes. Le malade répond juste aux questions qu'on lui adresse. Pouls à 110. Pas de selles. (Même traitement, et de plus, bouillon et lavement purgatif.)

Le 25. Intelligence nette aujourd'hui; disparition du délire et des soubresauts des tendons, mais persistance de la douleur derrière le cou et le long du rachis. Roideur tétanique moindre, mais face injectée, peau sèche, chaude. Pouls à 118, résistant. Impression douloureuse de la lumière sur les yeux, qu'il tient à demi fermés. Selle très-abondante après le lavement d'hier. Miction redevenue volontaire. (Prescrip. : Lait; eau gomm.; sulfate de quinine, 0,4.)

Le 26. Nuit calme; délire par moments, mais fugace; sudamina autour du cou. Pouls à 108. Traits ouverts. (Le même traitement.)

Le 28. Mouvement fébrile encore très-marqué hier dans l'après-midi. Sommeil la nuit. Le matin à la visite, peau douce; pouls à 96; langue humide; pas de soif; douleur et rigidité du cou et du rachis moindres; face épanouie. (Prescription : Semoule au lait; pommes cuites; eau gommeuse; sulfate de quinine, 0,4.)

Le 29. La convalescence semble se dessiner mieux encore. Épistaxis légère. Pouls à 115. Peau furfuracée. Intelligence complète. Diminution de tous les autres symptômes. Cessation de l'opisthotonos. (La même prescription.)

Le 1er mai. Silence apparent de tous les symptômes, excepté de la circulation; le pouls se maintient toujours fréquent (110 le matin, 125 le soir), dur et résistant, eu égard à la période de la maladie. (Lavement huileux; du reste, même prescription.)

Le 2. Sommeil la nuit, interrompu par des rêves continuels

dont le malade garde très-bien le souvenir. Il paraît plus accablé, se plaint très-énergiquement des plaies faites aux jambes par les sinapismes. Endolorissement général d'ailleurs, très pénible au moindre mouvement. Vaste excoriation au sacrum. (Prescrip. : Bouillon et pruneaux ; eau gommeuse ; lavement émollient ; pansement de l'eschare du sacrum avec du styrax.)

Le 4. Réaction vive hier dans l'après-midi ; insomnie ; délire la nuit ; accablement ; altération des traits le matin, mais lucidité complète des idées. Nouvelle épistaxis. Le malade dit avoir souffert la nuit de la tête et se plaint d'en souffrir encore. La rachialgie s'est aussi réveillée, sans rigidité du tronc toutefois. Air de souffrance et de découragement ; Rey a perdu la gaieté qui caractérisait même son délire. Il pleure à chaudes larmes, sans motifs, se plaignant d'un ennui profond, se désespérant de l'abandon de ses camarades qui ne font nulle attention à lui. Peau sèche et furfuracée, chaude. Pouls à 120, petit, faible. Râles sibilants et muqueux dans les deux poumons. Expectoration abondante de crachats blancs, spumeux, filants. Soif. Pas de météorisme ni de diarrhée. (Prescrip. : Bouillon ; eau gommeuse ; sulfate de quinine, 0,4.)

Le 6. Affaiblissement progressif ; délire la nuit et par moments le jour ; épistaxis peu abondante ; le sang fourni est séreux, d'un rouge pâle, colore à peine les draps. Point de céphalalgie ni de rachialgie. Diplopie de nouveau. Soubresauts des tendons. Contraction permanente des muscles cnémiens, et par suite extension du pied dont la flexion forcée est très-douloureuse. Cessation de l'opisthotonos depuis quelque temps. Pouls à 125, petit. (Prescrip. : Bouillon et pruneaux ; eau gommeuse ; sulfate de quinine, 0,3).

Du 7 au 12. Pendant cette période, tous les symptômes s'aggravent, les épistaxis se répètent ; le malade dépérit, maigrit à vue d'œil ; la face devient terreuse ; la peau sèche et comme collée sur les parties sous-jacentes ; le pouls, toujours accéléré, faiblit chaque jour de plus en plus ; la langue devient sèche, petite ; les selles et la miction involontaires ; sensibilité émoussée ; aucune douleur n'est sentie nulle part. Enfin le 12, tremblement continuel et général de tout le corps ; délire continuel. (Prescription : Eau gomm. ; potion avec camphre, 0,3 ; sirop d'acétate de morphine, 30 gr.)

Le 13. A la visite du matin, perte de connaissance, sueurs froides et visqueuses ; pouls imperceptible. Le malade succombe à dix heures.

Autopsie faite vingt-deux heures après la mort.

Marasme très-avancé : quelques pétéchies sur les membres abdominaux ; eschare au sacrum de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Cavité crânienne. — Dure-mère et feuillet pariétal de l'arachnoïde sans aucune trace de lésion. Vacuité des sinus de la dure-mère et des veines de la convexité du cerveau. On remarque sur la convexité des deux hémisphères et disséminées çà et là des plaques laiteuses de largeur et de forme variables, minces ; les plus étendues seraient recouvertes par une pièce de vingt sous. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est lisse, poli au-dessus d'elles ; mais il leur adhère entièrement et fait corps avec elles. Incisées, leur coupe est lisse, unie ; on dirait du blanc d'œuf bien cuit dans sa coque. Leur plus grande épaisseur, qui est à leur centre, égale à peine un millimètre ; nous devons en excepter deux dont l'épaisseur était de 3 à 4 millim., et qui contenaient à leur centre des gouttelettes d'un pus blanc, homogène, bien lié ; elles étaient situées, l'une à l'extrémité interne de la scissure de Sylvius de l'hémisphère gauche, et l'autre sur le même hémisphère, dans la grande scissure lobulaire. En enlevant la pie mère, on enlevait aussi ces plaques sans entamer la substance cérébrale qui n'avait rien perdu de sa consistance. Point de sérosité dans les ventricules.

Rachis. — Mêmes lésions que dans le cerveau. Cinq plaques, dont trois à la région cervicale et deux à la région lombaire, se remarquent sur la face postérieure de la moelle, entre le névrilème et le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Il n'en existe pas à la face antérieure. Ces plaques sont plus minces et beaucoup plus dures que celle du cerveau, leur couleur est d'un blanc-gris ; elles sont compactes, à coupe lisse. Aucune d'elles ne renferme de pus. Ce liquide n'existe pas non plus dans les divisions de la queue de cheval, comme nous l'avons vu dans plusieurs autres cas. La moelle n'offre aucun point ramolli.

Thorax. — Congestion hypostatique de la base du poumon droit seulement. Cœur flasque, mou, vide de sang.

Abdomen. — Rien d'anormal ; les plaques de Peyer n'offrent ni injection, ni gonflement, ni induration.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE. — 7. *Mémoire sur l'emploi de l'éther et du chloroforme dans la réduction des luxations*; par le docteur BOUCHACOURT.

(Lu dans la séance publique de la Société médicale d'Émulation de Lyon le 12 février 1848.)

(Revue médicale, septembre et octobre 1848.)

Messieurs,

Depuis le commencement de l'année qui vient de s'écouler, l'action de l'éther sur le système nerveux, et les avantages qui en résultent pour la médecine opératoire, ont fait plusieurs fois le sujet de communications et de discussions intéressantes dans vos réunions. Chacun de nous, dans la sphère de ses études et de sa pratique, a essayé d'apporter son contingent à la masse des faits qui témoignent aujourd'hui d'une manière imposante en faveur de l'action anesthésique de l'éther, ou des substances jouissant de propriétés analogues.

La chirurgie lyonnaise n'est donc point restée en arrière dans ce mouvement remarquable de notre époque. Le journal de médecine, qui se publie dans notre ville, renferme plusieurs articles intéressants où se trouvent exposés, soit des faits particuliers et des expériences, soit des appréciations générales de l'ensemble de ces données.

Il a été donné un fidèle exposé de ce qui s'était fait à Lyon au début des premières applications de la découverte américaine. Aujourd'hui, grâce à ces expériences, la diminution, la suspension complète de la sensibilité, sont considérées, par tous, comme des faits incontestables ; on a pu d'abord douter et attendre, avant d'asseoir un jugement définitif, mais bientôt l'évidence a forcé les intelligences les plus sceptiques, les plus ennemies de la nouveauté, à donner pour toujours droit de domicile, dans la science et dans la pratique, à cette précieuse conquête de notre époque.

Mon intention n'est pas aujourd'hui de vous parler des substances anesthésiques au point de vue de leur influence caractéristique sur la sensibilité, mais de trouver, dans leur action sur la contractilité musculaire, des applications à une série de faits chirurgicaux dans lesquels cette propriété joue un rôle important.

Je veux parler des luxations, et en particulier des luxations difficiles à réduire, soit par l'énergique résistance des muscles qui environnent l'articulation malade, soit par l'ancienneté de l'accident et les changements anatomiques qui ont créé entre la

tête osseuse sortie de la cavité et les parties voisines de nouveaux rapports. Une réflexion se présente tout naturellement ici, et je ne puis m'empêcher de m'y arrêter avec vous. L'absence de douleurs pendant une opération est sans doute un grand bienfait, ce bienfait est d'autant plus précieux qu'il se continue même après elle ; tout le monde sait que la douleur appelle l'inflammation, la suppuration, la fièvre, *ubi stimulus, ibi fluxus.*

Le chirurgien profite de l'insensibilité du malade au bénéfice de celui-ci, il agit avec plus de calme, plus de sécurité, sans se préoccuper de sacrifier la sûreté à la célérité. Ces avantages incontestables, dont personne ne doute, ne sont véritablement que secondaires, puisque avant la découverte de MM. Jackson et Morton on pouvait, comme aujourd'hui, avec de l'habitude, du sang-froid, pratiquer les opérations les plus longues et les plus difficiles. L'éthérisation n'a fait découvrir ni une méthode ni un procédé opératoire, elle les a facilités, et par là même généralisés.

Dans les luxations auxquelles s'appliquent des méthodes opératoires spéciales non sanglantes, mais souvent, non moins difficiles, non moins douloureuses que plusieurs opérations graves, le chirurgien est souvent arrêté par une résistance presque invincible ; malgré lui, et insensiblement, il se trouve conduit à mettre en jeu des forces supérieures à la ténacité organique, si je puis ainsi dire, et souvent on a vu les luxations de la cuisse, du coude, du genou, du pouce, rester irréductibles, bien qu'on eût tenté d'y remédier de bonne heure ; maintes fois aussi, nous avons observé des cas de ce genre, des fractures du cal du fémur, de l'humérus, du cubitus, ont été la conséquence de l'emploi de forces réductrices, qu'on essayait de proportionner aux forces résistantes.

L'usage de l'éther, dans ces circonstances, devait fonder une méthode nouvelle éssentiellement active ; elle permet, en effet, d'appliquer de grands efforts de réduction sans produire la moindre douleur, et surtout, ce qui est un immense avantage, elle détruit la résistance par la suspension momentanée de la contraction musculaire.

Une luxation se produit ; les os changent de rapport, et avec eux les ligaments, les aponévroses, les muscles, les vaisseaux et les nerfs. Contus par la force traumatique, les muscles sont distendus ou écartés et refoulés au moment de la disjonction des surfaces articulaires ; quelques-unes de leurs fibres se déchirent, toutes sont irritées ou stimulées anormalement, la douleur survient, et après elle le spasme et la contracture. Ce mode continu

de contraction augmente avec l'étendue de la contusion, du déplacement, et l'intensité de la congestion sanguine et de l'inflammation secondaire. La rigidité musculaire reconnaît donc une double cause, la contusion, suite de l'effort qui a produit la luxation, et le tiraillement et la distension musculaire qui en sont la conséquence. Cette distension détermine le développement d'une autre propriété musculaire, la rétraction, dont l'intensité est en raison directe de la force de distension. Cette rétraction qu'on pourrait appeler encore force de tension, s'ajoutant à la contraction exagérée, l'influence des mêmes causes qui ont produit cette dernière doit augmenter d'autant la rigidité musculaire. Certains muscles distendus et allongés au moment de la séparation des surfaces articulaires se raccourcissent après l'accident, par le rapprochement des points extrêmes de leurs insertions ; ils ne restent plus alors dans un état d'inertie et de flaccidité comme on pourrait le croire ; moins puissante que pendant leur distension, cette rétraction augmente avec l'ancienneté même du déplacement, comme le prouvent les belles recherches de M. Jules Guérin.

Que cet état de spasme musculaire soit une conséquence de ces *mouvements réflexes* entrevus pour la première fois par Willis, et plus récemment étudiés par MM. Marshall Hall et Müller, ou un simple effet de la mise en jeu des propriétés vitales et des propriétés des tissus admises par Bichat, il n'en est pas moins vrai que son résultat final est de maintenir l'os déplacé dans sa position anormale. Il constitue dès-lors un obstacle efficace à la rentrée de la tête articulaire dans sa cavité naturelle, malgré les efforts de réduction les plus énergiques et les plus méthodiques.

Cette rigidité est tellement l'obstacle principal à la réduction, que les déplacements produits sur les personnes ivres se réduisent sans peine, l'état d'ivresse maintenant le système musculaire dans un relâchement qui empêche ou diminue les spasmes des muscles voisins de l'articulation. La réduction peut être aussi facile, dans le cas où on la tente au moment même de l'accident, lorsque le sujet se trouve dans un état de commotion et de résolution qui exerce sur le système musculaire la même action que l'ivresse.

Que cette contractilité soit altérée par toute autre circonstance, celle, par exemple, d'une plaie du cerveau ou de la moelle épinière, et la luxation se réduira de la même manière.

Les moyens locaux dirigés contre la rigidité musculaire et qui sont le repos, la position du membre, les antiphlogistiques, les sédatifs, les répercussifs, peuvent bien la diminuer, mais non la

vaincre. L'irritation reconnaissant pour causes principales les changements de rapports, les distensions musculaires et la compression exercée par les têtes articulaires sur les muscles, les nerfs, il est nécessaire, pour la faire cesser, de recourir à la réduction.

Les tractions ajoutent encore aux obstacles qu'on veut vaincre ; appliquées sur des parties contusées, irritées, elles augmentent de toute nécessité les douleurs contre lesquelles le sujet réagit à son tour par le spasme : instinctivement il résiste aux tractions, et cette résistance se traduit par l'augmentation de la contraction musculaire.

On peut citer, en tenant compte d'autres éléments de solidité qu'il ne faut pas perdre de vue, comme preuve expérimentale de la résistance aux tractions directes exercées sur les muscles, le supplice de Damiens. Quatre jeunes chevaux furent attachés à ses jambes et à ses bras, et on leur faisait faire des efforts répétés pour séparer les membres du corps sans pouvoir y parvenir. Après cinquante minutes, les exécuteurs furent obligés de couper les muscles et les ligaments pour opérer le démembrement ; on aurait été obligé de faire la même opération en 1610 à Ravaillac.

Or, dans ces exemples rappelés par Astley Cooper, la contraction musculaire volontaire, qui s'oppose à la dislocation, est la même que celle qui empêche la réduction lorsque la luxation est produite ; nous devons donc ajouter aux conditions locales de rigidité l'action de la volonté mise en jeu par la douleur produite au moment de la réduction.

On sait tout le parti que tirait Dupuytren de cette considération ; il apostrophait vivement le malade pour détourner son attention, et profitant de cette sorte de dérivation de la volonté, il réduisait avec beaucoup moins d'efforts les membres déplacés.

Si nous n'avons rien dit jusqu'ici de certains obstacles mécaniques qui tiennent à la position des surfaces articulaires arrêtées par des apophyses, par les rebords des cavités, ou bien encore par le tiraillement des bords des ouvertures faites aux capsules, etc., c'est qu'on ne peut surmonter ces obstacles qu'en changeant la position, la direction des membres, en faisant exécuter aux os dans une direction convenable des mouvements de rotation qui ne peuvent être indiqués d'une manière générale et qui n'ont rien de commun, soit avec la résistance musculaire, soit avec les moyens destinés à la vaincre. C'est à Desault qu'appartient l'honneur d'avoir le premier fixé l'attention sur l'importance de cette pratique qui, depuis lui, a souvent réussi dans les luxations anciennes, où l'obstacle à la réduction provenait moins

des muscles que des ligaments distendus ou de nouvelles adhérences.

Nous avons essayé de démontrer que la rigidité des muscles, qu'elle dépendît de leur contraction volontaire ou involontaire ou de leur rétraction, était surtout la difficulté à résoudre. Ne peut-on pas admettre *à priori* qu'un agent qui, en paralysant l'action musculaire locale, exercerait encore son influence sur l'état général du sujet, rendrait insensible aux efforts de tractions, serait d'un emploi précieux pour la réduction des luxations?

L'éthérisation qui produit tout à la fois dans les muscles un état complet de relâchement, dans les centres nerveux et à la périphérie, l'abolition momentanée du sentiment et de la sensibilité, l'éthérisation ne remplirait-elle pas toutes les indications de l'agent supposé ?

Les expériences aujourd'hui si nombreuses, si concluantes en faveur de l'action anesthésique de l'éther, nous fourniront tous les moyens de résoudre ce problème. Ne sait-on pas qu'à l'agitation, aux convulsions qui caractérisent la période d'excitation produite par les inhalations éthérées, succèdent le repos, une sorte de paralysie étendue à tout le système musculaire de la vie animale ; les faisceaux charnus se détendent, les fibres aponévrotiques et tendineuses se relâchent, et tout le corps semble devenu d'une mobilité, d'une flaccidité anormales. On dirait que, descendu à un degré inférieur de l'échelle, privé de la double et caractéristique prérogative de vouloir et de sentir, l'organisme a été dépouillé au même instant de la puissance du mouvement, se rapprochant pendant quelques instants de ces productions molles, insensibles et inertes, que les naturalistes hésitent à classer parmi les animaux ou les végétaux.

Nous avons vu plusieurs fois, et non d'abord sans une grande surprise, que, lorsque le sommeil était complet, non-seulement le couteau traversait et labourait sans la moindre douleur les tissus vivants, mais qu'il n'était plus nécessaire d'assujettir les membres, de soutenir les malades, tant l'insensibilité et l'immobilité étaient complètes.

Il est juste de dire qu'avant l'introduction de l'éther dans la pratique chirurgicale, on avait songé à vaincre par des actions analogues les résistances musculaires ; c'est dans ce but que les chirurgiens et les empiriques employèrent la saignée, les bains chauds, l'émétique, l'alcool et l'opium. La saignée générale peut être d'une grande utilité chez un individu sanguin fortement musclé, lorsque la commotion à été violente et que la congestion et l'irritation locales sont prononcées. La déplétion sanguine est

plutôt alors un moyen préventif de l'inflammation locale de la réaction générale, qu'un agent suffisamment dépressif de l'action musculaire. Pour produire ce dernier effet, la saignée doit amener la syncope, et par conséquent être considérable. Il en résulte l'inconvénient inévitable de l'affaissement; ne peut-il pas arriver même que la saignée n'exagère l'état nerveux dans lequel le malade a été placé par l'accident, et l'état nerveux n'amène-t-il pas souvent à sa suite le spasme qu'on se propose de détruire. A supposer que cet inconvénient n'existe plus, faut-il encore avouer qu'on n'est jamais sûr de produire l'action sur laquelle on compte ? Les bains chauds, si souvent employés par les chirurgiens anglais, sont insuffisants, à eux seuls, et ne servent que d'adjuvants à la saignée et à l'émétique. L'administration du tartre stibié, dosé de manière à produire l'état nauséeux, recommandé par Astley Cooper, qui l'a beaucoup employé, dépasse souvent le but qu'on se propose ; le vomissement s'observe le plus ordinairement sans être d'aucune utilité, d'ailleurs le doyen de la chirurgie anglaise ne l'employait jamais seul, il le combinait avec la saignée et les bains chauds.

La nature de l'accident, ses complications, peuvent, dans quelques cas, offrir une altération profonde de l'influx en dehors de l'administration de tout moyen destructeur ou perturbateur.

En voici un exemple remarquable :

« Thomas Steers entra à l'hôpital de Guy, le 28 octobre 1805, pour une luxation du fémur dans l'échancrure sciatique. La luxation fut réduite à l'aide d'une extension peu considérable, eu égard à celle qui est ordinairement nécessaire, ce qu'on attribua au relâchement musculaire produit par l'état de nausée du malade, qui fut pris de vomissements au moment de son entrée. Mais bientôt il se plaignit d'une vive douleur qui se propageait à l'abdomen, et il mourut le lendemain. A l'examen du cadavre, on trouva une déchirure de l'intestin jéjunum et une fracture du rebord de la cavité cotyloïde. »

Voici comment procédait A. Cooper pour réduire la luxation du fémur, dans la fosse iliaque par exemple.

« On doit tirer (c'est lui qui parle) douze à vingt onces de sang, et même davantage si le malade est robuste, et ensuite placer celui-ci dans un bain à la température de 100° qu'on élève graduellement à 110° Farenheit, 41,3° centigrades 34 2/3 Réaumur jusqu'à ce qu'il tombe en syncope ; tandis qu'il est dans le bain, lui donner de 10 en 10 minutes 1 grain de tartre stibié jusqu'à ce qu'il éprouve quelques nausées, puis le retirer du bain et l'envelopper dans une couverture ; il faut ensuite le placer entre

deux poteaux éloignés l'un de l'autre de 10 pieds, et auxquels sont placés des anneaux, etc. »

Il suffit de citer cette pratique pour en faire comprendre tous les inconvénients ; aussi même en Angleterre, et du vivant d'Astley Cooper, était-elle d'un emploi très-restreint, et pour ainsi dire exceptionnel.

« J'ai vu bien souvent employer ces moyens, dit le judicieux auteur des *Éléments de pathologie chirurgicale*, je les ai vus échouer bien des fois, et dans le cas où la réduction a été obtenue, il était permis de se demander s'ils avaient beaucoup contribué au succès; car, dans ce cas, les ligaments avaient été soumis à des tractions répétées qui avaient bien pu les allonger ; les muscles avaient également été distendus, fatigués. »

On a donné le conseil de provoquer l'ivresse par des boissons alcooliques.

Ce moyen a réussi dans un cas cité par Boyer.

« Nous avons, dit-il, une fois réduit une luxation de l'humérus avec une facilité inattendue, sur un postillon ivre ; la contraction des muscles était si peu considérable, que nous pûmes, sans autre secours que celui de nos mains, replacer l'os pendant que les élèves étaient occupés aux préparatifs de réduction. Des faits de même nature ont engagé quelques praticiens à proposer l'ivresse comme un remède et comme un parti à prendre en pareil cas, mais la difficulté dont il s'agit ici est si facile à vaincre, et nous avons un si grand nombre de moyens à lui opposer, que ce n'est pas la peine de songer à prendre un parti qui n'est pas sans quelques inconvénients, et sans le secours duquel on peut toujours réussir. »

Malgré ce jugement beaucoup trop sévère, je crois que s'il était possible de manier l'emploi des boissons alcooliques comme celui de l'éther, et si l'action de l'alcool sur le système nerveux était aussi rapide que celui de ce dernier liquide, on pourrait certainement en tirer un bon parti ; on connaît à ce sujet l'histoire des rebouteurs anciens et même des empiriques modernes. Mais si l'on réfléchit qu'on ne peut doser les boissons alcooliques comme les inhalations éthérées, à cause de la grande variation dans la susceptibilité individuelle, que la période d'excitation est beaucoup plus longue que celle de l'éthérisation ; si l'on fait attention, surtout, que la période d'insensibilité et de colapsus est plus longue et peut amener des résultats bien autrement funestes, on ne sera pas tenté de recourir à la pratique de ces rebouteurs dont parle Percy, qui profitaient du sommeil produit par l'i-

vresse alcoolique, pour réduire, avec la plus grande facilité et sans la conscience du malade, des luxations récentes ou anciennes, d'une réduction souvent impossible par les méthodes ordinaires.

Tout en établissant, en principe, que l'on doit renoncer à l'emploi rationnel des boissons alcooliques, dans le but de produire ou de favoriser la résolution musculaire pour réduire une luxation, il ne faut pas oublier que des accidents de ce genre peuvent se rencontrer assez souvent chez les individus à l'état d'ivresse. Loin d'attendre le retour de la sensibilité, de la contractilité et de l'intelligence, il serait préférable d'agir sur ces individus alcoolisés comme on le fait sur les malades éthérisés.

Depuis qu'on s'occupe des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme, j'ai interrogé plusieurs fois avec soin les blessés que l'on apporte dans un état complet d'ivresse ; revenus à eux, ils n'accusent que de très-légères douleurs et affirment n'avoir rien senti lorsque des contusions, des plaies, des fractures, se sont opérées pendant leur sommeil. Je me rappelle, entre autres, l'histoire d'un crocheteur de nos ports, qui s'était fait en tombant une vaste plaie à lambeau du cuir chevelu après avoir vidé, avec ses amis, de nombreuses bouteilles. L'accident, le pansement qui demanda plusieurs points de suture, tout se termina pendant la complète insensibilité du malade. Sans les reproches bruyants de sa femme, notre homme eût passé de la table au lit, sans s'apercevoir de l'accident qui l'y avait amené.

Une forte excitation nerveuse, une grande commotion morale et physique, peuvent produire le même résultat : on connaît l'histoire du chevau-léger dont parle Quesnay, répondant au chirurgien qui lui parlait d'amputer sa jambe, que ce n'était pas son affaire et supportant l'opération sans la plus légère marque de douleur. Un malade opéré, il y a 12 ans, de la pierre par M. Gensoul, me disait tout récemment que, lorsque le premier coup de bistouri eut été donné, il tomba dans un tel état de stupeur, que tout s'acheva sans qu'il ait eu la moindre conscience de ce qui se faisait.

La compression des troncs vasculaires et nerveux, conseillée par James Moore en Angleterre, et d'après lui par Benjamin Bell, dans son *Traité de chirurgie*, rappelée par l'auteur de l'article *Douleur* de la grande Encyclopédie (partie chirurgicale), pourrait, en déterminant une paralysie momentanée du mouvement et du sentiment, faciliter la réduction d'une luxation.

Ritt aurait réduit avec facilité une luxation de l'humérus, en comprimant l'artère sous-clavière et les plexus nerveux envi-

ronnants. Ce moyen ne devrait pas être complétement rejeté, si la compression pouvait se faire avec des appareils plus simples, sur une surface moins étendue et toujours au-dessus des muscles, environnant l'articulation luxée ; comment, par exemple, aller atteindre le plexus lombo-sacré dans les luxations de la cuisse, si on veut, en même temps que l'on détruit la sensibilité, suspendre la motilité dans les muscles fessiers, dans ceux des régions crurales antérieure, externe et postérieure, etc.?

Il est une expérience très-simple et que chacun peut répéter facilement sur lui-même : elle consiste à comprimer le nerf cubital entre l'olécrâne et l'épitrochlée, le nerf sciatique à sa sortie du bassin entre le grand trochanter et l'ischion, en se rapprochant du petit ligament sacro-sciatique, le nerf médian à la partie moyenne et inférieure du bras en dedans du biceps. On sera frappé d'une sensation très-prononcée de fourmillement dans toutes les parties qui reçoivent l'innervation du cordon comprimé et en second lieu de la faiblesse musculaire et même de l'absence complète de motilité dans les parties correspondantes. Tous ceux qui accidentellement, et ces cas ne sont pas rares, auront éprouvé une compression de ce genre, soit par un coup, une chute ou la pression du rebord anguleux et saillant d'un siége dur, n'ont besoin que d'en appeler à leur propre souvenir. Je l'ai, pour ma part, fréquemment expérimenté. Cette sorte d'éthérisation locale, produite par une cause mécanique, peut se rapprocher, sans forcer les analogies, de l'action plus générale résultant de l'inhalation des vapeurs anesthésiques.

Nous sommes fondé, je crois, pour le moment, à donner la préférence à ces dernières, parce que leur action est plus profonde, plus durable, plus sûre et peut s'exercer sur une plus grande échelle ; mais il n'était pas inutile, ce me semble, en passant en revue une série d'agents et de moyens en apparence très-divers, de montrer qu'au fond l'effet était le même. C'est, du reste, une chose commune admise par les physiologistes et par les pathologistes, qui observent et qui raisonnent, que dans les phénomènes de la vie comme dans ceux de la maladie, sous des formes variées multiples, quelquefois opposées, il est possible, à l'aide de l'analyse, de remonter à un point de départ unique, parce qu'on trouve, dans l'organisme comme dans la nature, l'unité dans la diversité.

L'introduction de ce nouvel et important élément de solution, dans le problème de la réduction des luxations, ne doit pas nous faire perdre de vue l'avantage de moyens purement mécaniques depuis longtemps employés ; aussi, quelle que soit l'utilité de

l'éther, Il ne faut pas négliger les autres éléments de l'opération : placer le membre dans la meilleure position, appliquer les tractions suivant une bonne direction, réduire aussitôt que possible, faire garder le repos durant un temps convenable après la réduction ; se conformer, en un mot, aux préceptes généralement reçus dans la thérapeutique des luxations. Ces circonstances et d'autres plus secondaires ne doivent pas moins préoccuper le chirurgien, lorsqu'il s'aide de l'éthérisation, que lorsqu'il était réduit aux moyens ordinaires. Il devra se rappeler que la force de résistance se trouvant considérablement diminuée, les efforts de traction devront être moins considérables.

L'appareil à éther dont nous nous sommes servi est celui de MM. Bonnet et Ferrand avec la soupape de M. Pomiès; après des essais répétés, c'est à lui que nous avons donné la préférence en faisant éprouver au ballon la seule modification d'un fond plat qui le rend d'un usage plus commode. L'appareil très-simple de M. Roux, de Toulon, qui nous a rendu, d'ailleurs, de nombreux services, pourra être très-avantageusement appliqué à la réduction des luxations.

Il importe, quel que soit l'appareil dont on ait fait choix, que l'on emploie l'éther ou le chloroforme, d'attendre que la période d'excitation soit entièrement passée. Ce n'est pas seulement la sensibilité qu'on veut éteindre, c'est aussi la contractilité, et à plus forte raison doit-on craindre les spasmes dans lesquels cette contractilité est mise en jeu d'une manière violente. Une fois la résolution musculaire obtenue, on est surpris de la facilité avec laquelle les os déplacés se remettent dans leurs rapports normaux.

La lecture des observations qui suivent fera mieux comprendre, soit le mode d'application du procédé opératoire, soit son mode d'action, en montrant clairement la promptitude et la sûreté des résultats. Je ne me suis point borné à des faits qui me soient propres. Je dois à l'obligeance de MM. Bonnet, Pétrequin et Barrier, la communication d'observations intéressantes qui donneront aux miennnes plus de poids. Trois de ces faits ont été présentés à la Société médicale d'Émulation en 1847, et tous trois sont relatifs à des luxations du fémur dans son articulation pelvienne.

Deux appartiennent à M. Barrier qui les a fait connaître avec tous leurs détails.

Un troisième a été recueilli dans mon service ; j'ai pensé qu'il était inutile de les reproduire dans ce Mémoire. J'arrive aux observations plus nouvelles.

Luxation récente de la cuisse gauche dans la fosse iliaque externe. — Emploi de l'éther. — Réduction facile. — Guérison.

Obs. I. — Gilibert Copet, âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, était penché vers la terre une pelle à la main pour remplir une corbeille de gravier, quand un éboulement subit vint le frapper par derrière, le précipite à genoux, la tête et les bras penchés vers le sol. Enseveli sous les décombres et retiré à grand' peine, il ne put se tenir debout ni marcher ; il éprouvait des douleurs intenses dans la hanche gauche et fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 27 août 1847, le lendemain de l'accident.

L'aspect du membre fait aussitôt soupçonner une luxation iliaque externe du fémur gauche, le thorax est incliné du côté opposé au membre malade ; celui-ci est dans un quart de flexion, dans l'adduction et la rotation en dedans, la pointe du pied gauche passe sur le cou-de-pied droit, le pli de l'aine est plus élevé et plus déprimé, le pli de la fesse gauche est moins profond et plus haut ; sous les muscles fessiers soulevés, on sent la tête du fémur suivre les divers mouvements imprimés au membre ; le grand trochanter est rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure de deux centimètres ; le raccourcissement général est de trois centimètres ; tout mouvement est limité et très-douloureux. La tuméfaction et la vivacité de la douleur font renvoyer la réduction au lendemain. On recommande le repos absolu et l'application de compresses résolutives.

Le 28 août 1847, on fait une première tentative de réduction ; le malade est soumis à l'inhalation éthérée qu'il ne supporte qu'avec difficulté ; on applique le lacq extenseur au-dessus des condyles du fémur, la contr'extension se fait par un lacq passant sur le pli de l'aine du côté malade, en avant et en arrière du bassin. Un lacq transversal passant de gauche à droite, devant et derrière le bassin, maintient le malade immobile. Au bout de neuf minutes environ, il est insensible, on commence les manœuvres ; mais l'extension et la contr'extension inégales et irrégulières font échouer trois tentatives, et enfin le malade revenant à lui, un spasme musculaire très-violent rend une quatrième tentative inutile.

Le 29, l'articulation est le siége d'une légère irritation et les mouvements sont très.-douloureux, tous les caractères de la luxation subsistent. On continue l'application des compresses résolutives.

Le 31, on se dispose à tenter de nouveau la réduction, et pen-

dant que le malade respire l'air éthéré, on applique le même appareil qu'auparavant. Au bout de 7 minutes, le sommeil est profond et l'immobilité absolue.

L'extension et la contr'extension sont dirigées avec soin, et à la première tentative, la réduction s'opère instantanément et presque spontanément sous l'influence de l'extension. Le membre reprend sa forme, sa direction et sa longueur normales; les deux jambes sont assujetties ensemble par des bandes, et le malade, revenu à lui plusieurs minutes seulement après la réduction, est tellement insensible aux manœuvres, qu'il refuse de croire à sa guérison. M. Pétrequin m'assistait dans cette réduction.

Le 1er septembre. De vives douleurs survenues après la réduction se sont apaisées. La réduction s'est maintenue.

Le 8. Le malade se lève et marche comme auparavant, cependant il y a encore un peu de gêne dans la facilité des divers mouvements.

Le 20 octobre. Le malade sort, sa cuisse a repris sa configuration, sa direction et sa longueur normales. Tous les mouvements sont libres et faciles. L'état général est très-satisfaisant.

Je dois avouer que, lors de la première tentative de réduction, nous n'attendîmes pas assez longtemps pour appliquer les forces extensives et contr'extensives. La sensibilité était éteinte, et la contractilité conservée ; aussi échouâmes-nous complétement; mais encore, le malade, en se retrouvant au point de vue de sa luxation dans le même état qu'avant les manœuvres, ne ressentit-il aucune douleur et consécutivement n'éprouva-t-il aucune inflammation, c'est sans doute un bienfait, quoique le résultat n'ait pas été complet dès le début. Je n'en dirai pas de même des observations suivantes, où l'heureux effet de la méthode se montre dans tout son jour.

Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus gauche, datant de 24 jours; nature de l'accident méconnue ; plus tard emploi de l'éther. — Facilité de réduction. — Guérison.

Obs. II — Le 27 juillet dernier, Simon Brelet, ébéniste, âgé de 44 ans, né à Langres (Haute-Marne), alors dans un état de santé satisfaisant, descendait les marches rapides d'une échelle de meunier, quand il fit un faux pas et vint dans sa chute frapper violemment de l'épaule gauche contre une poutre; la douleur très-vive, la déformation de l'épaule et la gêne des mouvements, firent aussitôt soupçonner un dérangement dans l'articulation de cette partie, et un rebouteur en renom fut immédiatement appelé; il fit de vains efforts de réduction et le malade resta

huit jours dans cet état. Alors il consulta un médecin d'Aigueperse qui reconnut la luxation, ne put la réduire et envoya le malade à l'hôpital de Clermont. Ici la luxation fut méconnue et le malade fut renvoyé comme il était venu ; ce pauvre homme vient enfin à l'Hôtel-Dieu. L'incertitude des médecins qui ont examiné la lésion fait croire que la luxation n'était pas aussi évidente qu'aujourd'hui, et le malade dit que chaque jour sa difformité augmente.

Quoi qu'il en soit, le 8 septembre 1847, 42 jours après l'accident, on constate une luxation.

Le moignon de l'épaule est aplati, l'acromion fait saillie et au-dessous, on sent le vide que devrait occuper la tête humérale; le bras présente une légère courbure à concavité externe, il est dans l'abduction et la rotation en dedans, la fossette sous-claviculaire a disparu et à sa place est une tumeur qui soulève le grand pectoral ; on la sent rouler dans les divers mouvements imprimés au membre, non sans douleur pour le malade ; la longueur du bras n'a pas sensiblement changé, la distance qui sépare la clavicule du bord antérieur du creux axillaire est augmentée de 15 millimètres environ.

Le malade est considérablement débilité par l'ennui et une diarrhée dont il est à peine délivré.

On imprime immédiatement divers mouvements au membre, pour détruire le plus possible les adhérences qui peuvent déjà s'être formées et pour préparer ainsi la réduction.

Le 9. Le malade est couché sur un lit et soumis à l'éthérisation pendant qu'un lacq passé sous l'aisselle est fixé à un crochet de fer fiché dans un mur ; un second lacq est passé au-dessous du coude et assujetti par une bande mouillée ; enfin un troisième lacq passant de gauche à droite, devant et derrière le thorax, doit servir à fortifier la contr'extension et assurer l'immobilité.

L'extension est d'abord faite dans une légère adduction dans la direction de la partie luxée, tandis que le chirurgien suit les mouvements de la tête humérale, puis la traction est faite dans une abduction exagérée, la réduction s'opère sans bruit caractéristique ; divers craquements ont seuls annoncé la rupture des adhérences ; l'épaule reprend sa forme normale et le bras sa direction et sa position ordinaires. Mais la tête tend à se porter en avant et la luxation menace de se reproduire.

Endormi au bout de onze minutes, le malade a été insensible à toutes les manœuvres et il est resté complétement immobile ; il ne peut croire à la réduction qu'il redoutait vivement.

Un bandage solide fixe le bras dans l'adduction et la flexion, la main gauche étant portée vers l'épaule saine.

Le 29. On imprime chaque jour quelques mouvements au bras ; l'état général s'améliore.

Le 16 octobre. Le malade part ; son bras a repris sa position, sa forme, sa direction et sa longueur naturelles ; les mouvements sont encore lents et difficiles ; l'état général est considérablement amélioré.

Luxation sous-claviculaire incomplète de l'humérus gauche.

Obs. III — Une femme d'une constitution vigoureuse, âgée de 54 ans, aveugle, est tombée le 11 décembre 1847 sur le bras étendu en avant. Transportée immédiatement à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 95, service de M. Pétrequin, elle présente les particularités suivantes : déformation de l'épaule et du membre thoracique gauche, la tête inclinée de ce côté, moignon abaissé, coude légèrement écarté du tronc et porté en arrière, raccourcissement de un centimètre et demi mesuré de l'acromion à la rainure de l'épicondyle, dépression sous-acromiale, relief de quelques fibres du deltoïde, saillie anguleuse de l'épaule malade contrastant avec les contours arrondis de l'épaule saine, bord spinal de l'omoplate rapproché de la ligne médiane et très-proéminent. Creux sous-claviculaire transformé en saillie. Axe du bras faisant un angle très-aigu avec l'axe de l'humérus dont la tête est en avant et en haut vers le rebord antérieur de la cavité glenoïde au-dessous de la clavicule et au-dessus de l'apophyse coracoïde : point de crépitation, impossibilité de faire mouvoir le bras, la traction ne ramène pas le bras dans sa position normale et ne fait point diminuer le raccourcissement ; il n'existe presque pas de douleur. A ces signes on reconnaît une luxation de l'humérus. Après un examen attentif, M. Pétrequin pense que cette lésion rentre dans la variété sous-claviculaire incomplète, premièrement à cause de la position de la tête humérale au-dessous de la clavicule, puis de sa disposition par rapport à la capsule fibreuse, qui n'offre qu'une sorte de boutonnière en avant pour laisser passer la tête humérale, enfin parce que les déplacements de l'os sont suivis du déplacement de l'épaule et que chaque mouvement de bras entraîne un monvement du même genre dans le scapulum.

A son entrée, compresse d'eau blanche sur l'épaule malade. Tisane d'arnica.

Le lendemain 12 décembre 1847, les signes de la luxation n'ont pas changé, seulement la saillie de l'omoplate est plus con-

sidérable, il ne s'est pas encore manifesté de gonflement. On se propose de réduire la luxation.

La malade est préalablement endormie avec l'éther ; après dix minutes d'inhalation, elle devient insensible et se livre à des accès de joie et d'hilarité extraordinaires.

Tout à coup, sans effort, sans traction, spontanément, sous l'influence du relâchement des muscles, la luxation se reduit. L'humérus déplacé est rentré dans sa cavité. Les signes que nous avons constatés précédemment disparaissent, la malade peut exécuter librement tous les mouvements possibles. On maintient la luxation réduite au moyen du bandage de M. Velpeau pour les fractures de la clavicule, l'épaule est recouverte de compresses imbibées d'eau blanche. (Potion calmante, régime ordinaire, quart).

Le soir la malade va très-bien, elle ne ressent aucune douleur, point de gonflement.

Le lendemain, 13 décembre 1847, la malade part, il ne s'est manifesté encore aucune douleur, aucun gonflement. Les mouvements du bras s'exécutent en toute liberté ; on laisse le bras fixé au tronc au moyen du bandage de M. Velpeau. Je dois cette observation à l'obligeance de M. le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ; elle a été recueillie par M. Gallois.

Luxation métacarpo-phalangienne du pouce.

Obs. IV. — Antoine Chevatier, 14 ans, constitution moyenne, santé généralement bonne, tempérament lymphatique, tomba, le 28 novembre 1847, d'une hauteur de 2 mètres 1/2, entraînant avec lui une échelle sur laquelle il était monté. La chute a lieu sur la face dorsale du pouce ; immédiatement l'enfant s'aperçoit d'une déformation de ce doigt, sans aucune douleur ; il est conduit au rebouteur, qui, malgré tous ses efforts, ne peut parvenir à détruire la déformation. Un autre rebouteur n'est pas plus heureux que lui, trois jours de suite, il échoue complétement. Le petit malade est alors conduit à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle d'Orléans, n° 76, service de M. Pétrequin. A son arrivée, il offre l'état suivant : engorgement des parties molles qui entourent l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, légères excoriations sur la face dorsale, siége de la chute. Raccourcissement du pouce. Sa phalange onguéale n'arrive pas à la moitié de la phalange de l'index. Du côté sain elle atteint le niveau de son extrémité supérieure. Le doigt étant dans l'extension, les phalanges du pouce affectent une direction oblique par rapport à celle du premier métacarpien ; elles font avec lui un angle très-

obtus de 160° environ, à sinus tourné en dedans vers l'éminence thénar, saillie considérable fournie par la tête du métacarpien, dépression en avant.

Vers la face dorsale, dépression correspondant à la saillie du métacarpien et saillie fournie par la tête de la première phalange, correspondant à la dépression de l'éminence thénar, le pouce est légèrement fléchi, mais la première phalange est dans l'extension; pas de douleurs. (Bains locaux froids, compresses imbibées d'eau blanche, etc.)

Le 7 décembre 1847, l'enfant ayant été préalablement endormi avec l'éther en 5 minutes (appareil de M. Roux), on procède à la réduction. M. Pétrequin fait fixer le poignet et la main par des aides, puis saisissant le pouce luxé entouré d'une compresse mouillée, il le renverse fortement pendant qu'il repousse la tête du métacarpien en arrière. A la seconde tentative, la réduction s'opère sous l'influence d'un violent renversement combiné à des tractions considérables. Les deux os sont revenus à leur situation normale. Les signes de la luxation ont disparu. On pense cependant qu'il est resté une petite portion de la capsule fibreuse, interposée entre les surfaces articulaires, car l'extension est incomplète et le pouce a de la tendance à se luxer de nouveau.

Le pouce est maintenu réduit au moyen de trois attelles flexibles, placées sur les côtés antérieur, postérieur et externe de l'articulation. On a placé de la charpie sur l'extrémité du métacarpien à la face palmaire et sur la tête de la phalange à la face dorsale, afin de faciliter une exacte coaptation des surfaces articulaires. Le tout est maintenu à l'aide de quelques tours de bande étroite. Le petit malade n'a éprouvé aucune douleur, il ne s'est pas aperçu de la réduction.

Les jours, suivants l'enfant va bien, on arrose son pouce avec de l'eau blanche. Le 29 décembre il tombe sur le pouce malade, la luxation se reproduit. Elle est réduite le premier janvier, avec plus de facilité que la première fois. La réduction est complète. Même appareil. Peu de douleur. Compresses résolutives. On défait l'appareil. Le pouce, au niveau de son articulation métacarpo-phalangienne, est encore engorgé. La luxation ne se reproduit pas. Le malade sort, puis revient montrer son pouce le 15 janvier 1848. Il est encore tuméfié; la guérison n'est point encore complète, on craint une récidive. On conseille le repos de la main malade. On remet un appareil pour maintenir dans des rapports normaux les parties qui ont de la tendance à se luxer.

Le fait suivant s'en rapproche sous plus d'un rapport; M. Bonnet a bien voulu me le communiquer.

Luxation incomplète de l'épaule. — Emploi du chloroforme. — Réduction facile.

Obs. V. — « Le 5 janvier 1847, je fus appelé, dit M. Bonnet, auprès d'une dame de 70 ans, qui s'était laissée tomber deux jours auparavant, sur une partie du bras droit, qu'elle ne put spécifier. Depuis ce moment elle éprouvait, à la partie supérieure du membre, des douleurs qui s'étaient accrues progressivement et qu'accompagnait une fièvre brûlante. Le diagnostic était obscur, mais après un examen attentif et rendu difficile par l'embonpoint de la malade, je reconnus tous les signes d'une luxation *en bas et en avant* de l'humérus droit.

« Ces signes étaient assez peu prononcés pour qu'il me fût impossible de faire partager complétement ma conviction au médecin ordinaire de la malade. Je note cette circonstance, car elle me paraît propre à démontrer que la luxation était complète.

« Quoi qu'il en soit, la malade fut plongée dans le sommeil après cinq minutes d'inhalation du chloroforme. Je cherchai alors à l'amener sur le bord de son lit; dans ce but je tirai sur le bras malade, faisant un angle droit avec le tronc. Ces tractions, exercées avec mes seules mains et dans un autre but que la réduction du déplacement, déterminèrent un mouvement brusque, caractéristique de la rentrée de l'os dans sa cavité naturelle. La difformité et les douleurs cessèrent dès ce moment, et le membre revint graduellement à l'exercice de ses fonctions comme on le voit d'ordinaire, après qu'on a réduit les luxations récentes de l'humérus.

« Comme dans ce cas, la tête de l'os étant peu éloignée de sa place normale, il est probable que la réduction n'eût pas été très-difficile si l'on n'eût pas employé le chloroforme; mais incontestablement celui-ci a contribué à la rendre facile, en même temps qu'il a épargné à la malade de vives souffrances, que produisait le plus léger mouvement du bras. »

Aux observations dont vous venez d'entendre le récit, Messieurs, j'aurais pu joindre, si je n'eusse craint de fatiguer votre attention, l'histoire succincte :

1° D'une luxation du pied en dehors avec fracture de l'extrémité inférieure du péroné, chez un individu très-fortement musclé; je n'ai pu réduire la luxation et pratiquer d'une manière convenable la coaptation de la fracture qu'après avoir endormi le

malade par les inhalations éthérées, l'obstacle principal qui provenait de l'énergique contraction des muscles de la jambe, et en particulier de ceux de la région postérieure, se trouvant détruit avec une facilité qui surprit le chirurgien et les assistants; 2° d'une luxation incomplète du cubitus en arrière, datant de cinq semaines, que M. Barrier réduisit facilement, lorsque les muscles eurent été relâchés et la sensibilité suspendue par l'inhalation du chloroforme, auquel on ajouta l'inhalation de l'éther. (C'était au commencement de l'emploi du premier de ces moyens.) 3° Enfin l'observation d'une luxation du genou, réduite par M. Pétrequin, qui eut recours aux vapeurs d'éther, toujours avec le même succès.

Nous avons donc, dans l'espace de quelques mois, recueilli, sur l'emploi de l'éther ou du chloroforme dans la réduction des luxations, un nombre de faits suffisant pour éclairer considérablement la question. On a vu, et à plusieurs reprises, des luxations de la cuisse, de l'humérus, du coude, du pouce et du pied, pour la plupart, d'une réduction difficile, disparaître avec très-peu d'efforts, après l'inhalation des vapeurs anesthésiques.

Dans aucun de ces cas, nous n'avons eu à signaler des accidents, primitifs ou consécutifs, soit locaux, soit généraux, nous pouvons donc poser en principe et en suivre désormais les applications, que, grâce aux bienfaits de la science moderne, l'appareil mécanique nécessaire à la réduction des luxations, si compliqué, si effrayant et nous pouvons ajouter souvent si douloureux, se trouvera merveilleusement simplifié. Le chirurgien pourra seul réduire dans des cas, où naguère il fallait des aides, des machines et quelquefois un déploiement de forces considérables.

Il sera logique d'appliquer cette méthode nouvelle à la coaptation des fractures, dans certains cas difficiles par le chevauchement de fragments obliques qui irritent des muscles déchirés, violentés ou tiraillés.

Ne pourra-t-on pas l'appliquer aussi à la simplification des procédés d'extension continue, souvent difficile ou impuissante, constamment douloureuse ; commencée sous l'influence des inhalations éthérées qui détruisent la contraction et le spame musculaire, elle se continuera plus facile et plus efficace.

Si le temps le permettait, nous serions tout naturellement conduit à passer en revue les nombreuses applications de la découverte de Jackson aux maladies, aux accidents dans lesquels la contractilité musculaire est mise en jeu et doit être vaincue, les hernies, certaines déviations des os, etc.

Ce que nous avons dit à l'occasion des luxations où les mus-

cles jouent un rôle si important, soit comme cause, soit comme complication et comme obstacle à la réduction, ne constituerait qu'un fragment de cette étude intéressante.

Ebauchée par d'autres avant moi, elle sera continuée sans doute, avec plus de lumières, plus d'expérience, et donnera de plus fructueux résultats.

Ainsi se trouvera réalisée la pensée de Mayor qui, en proposant l'emploi de l'éther dans des circonstances semblables, écrivait au commencement de 1847 : « Dans ces affections, ce ne sera pas seulement la suspension de la sensibilité qu'on voudra obtenir, mais surtout l'annihilation de la faculté motrice, pendant tout le temps que pourront durer les opérations. Cette suspension des deux grandes puissances vitales, produite impunément, est l'un des plus beaux problèmes que la science ait pu se proposer et résoudre.

---

8. *Note sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le catarrhe pulmonaire chronique;* par M. J. Garin.

(Journal de médecine de Lyon, août 1848.)

L'arsenic, assurément, n'est guère usité dans le traitement du catarrhe pulmonaire, cependant le catarrhe est une des affections rebelles où l'utilité de ce médicament énergique a été le plus anciennement reconnue. « A l'intérieur, dit Dioscoride, on donne l'arsenic aux malades qui ont du pus dans la poitrine. Dans les toux opiniâtres, on leur fait respirer, à l'aide d'un tube, la vapeur d'un mélange de résine et d'arsenic. » C'est ce conseil qui m'a conduit à administrer l'arsenic dans le cas suivant.

Catarrhe bronchique chronique. — Inutilité des traitements les plus variés. — Emploi de l'arsenic. — Guérison en quinze jours.

Obs. — Mademoiselle L., demoiselle de magasin, âgée de 38 ans, habite depuis vingt ans un rez-de-chaussée où elle couche dans un espèce d'alcove très-basse et fermée, située au-dessous d'un escalier. Cette condition l'expose à respirer, surtout pendant la nuit, un air constamment vicié par le gaz d'éclairage et souvent imprégné des miasmes ou des vapeurs humides d'une rue étroite et sombre, sur laquelle s'ouvre immédiatement l'appartement dont il s'agit.

Depuis longues années, cette malade est sujette à des rhumes fréquents accompagnés d'expectoration abondante et d'oppression. Cette toux, que la malade a contractée dans les circonstances fâcheuses citées plus haut et que la vigueur de sa constitution lui a fait longtemps supporter sans se plaindre et sans se soigner,

a exigé de ma part des conseils plus ou moins assidus, suivant l'intensité du mal. Jusqu'à cette année, le catarrhe, qui apparaissait régulièrement aux premières approches de l'hiver, disparaissait au printemps et la belle saison réparait promptement la santé de la malade ; il lui restait seulement alors une oppression légère, mais que la marche ou la moindre fatigue augmentaient beaucoup.

Cette année il n'en a pas été de même. L'hiver a été rude à passer ; le catarrhe plus intense n'a laissé que de courts intervalles de repos à la malade, et il n'a pas diminué sous l'influence ordinaire du beau temps. La malade a continué de tousser, de cracher et de souffler péniblement ; les digestions, souvent interrompues par des accès de toux, se sont tout à fait dérangées et il est devenu de plus en plus rare que la malade, quelque modérée et prudente qu'elle fût dans ses repas, en garda un seul tout entier. La toux et l'insomnie qui en a été la suite ainsi que les vomissements habituels n'ont pas tardé à amener un trouble profond dans la santé. La pâleur, l'amaigrissement, la perte des forces et de l'appétit, ont alors vivement inquiété les personnes qui entourent la malade et il est devenu nécessaire de lui faire suspendre toute occupation pour l'envoyer à la campagne.

Je n'ai rien dit jusqu'ici des symptômes locaux et du diagnostic précis de la maladie. Je me contente d'affirmer qu'il n'y a pas eu de doute dans mon esprit à cet égard ; il s'agissait d'un catarrhe chronique des bronches affectant particulièrement le poumon droit et se distinguant parfaitement par les signes stéthoscopiques, comme par les données générales de la constitution, de la phthisie à laquelle le dépérissement progressif de la malade aurait pu faire songer en l'absence de tous ces renseignements.

Quant au traitement qui a été employé depuis le commencement de la maladie, il faudrait vraiment parcourir les pages si nombreuses qui ont été consacrées à ce sujet dans les traités spéciaux, pour énumérer les moyens dont on s'est servi sans amender jamais bien notablement l'affection. Qu'il me suffise de dire que, pour ma part, ni les pectoraux de tous genres, auxquels j'ai eu d'abord recours, ni les antiphogistiques, ni les exutoires, ni les sudorifiques, ni les purgatifs, ni les toniques, que j'ai tour à tour ou simultanément employés, n'ont eu de succès durable, soit parce que la malade finissait par s'habituer à ces remèdes, soit parce qu'elle restait toujours dans les mêmes conditions qui avaient développé sa maladie. J'ai dit que vers les premiers jours du mois de mai dernier la malade partit pour la campagne. L'influence en fut d'abord salutaire. Le lait chaud, le bon air, le re-

pos, firent merveille; la toux avait diminué, l'appétit était revenu, la fraîcheur et l'embonpoint semblaient reparaître et l'on crut enfin à la guérison. Mais bientôt, sous l'influence douteuse d'un refroidissement présumé, tous les symptômes ordinaires, la toux, l'oppression, le crachement puriforme, l'inappétence, les vomissements, la faiblesse, reparurent, et le temps prescrit pour le retour étant arrivé, Mademoiselle L., revint à Lyon aussi malade qu'à son départ.

C'est alors qu'inquiet moi-même sur l'issue d'un catarrhe si ancien et qui s'accroissait toujours, je me décidai, sans grand espoir, à suivre le conseil de Dioscoride rapporté au commencement de cette note. Seulement au lieu d'administrer l'arsenic en fumigation, dont le mode ne m'était pas suffisamment connu, je prescrivis en pilules l'acide arsénieux à la dose de 1/25e de grain associé à 2 centigr. d'extrait gommeux d'opium par jour, à prendre le soir en se couchant. Cette dose étant supportée sans aucun inconvénient, je la doublai au bout de quatre jours, en faisant prendre une pilule le matin et une pilule le soir. L'effet du remède fut aussi prompt que satisfaisant et la conclusion, pour l'influence de l'arsenic sur le catarrhe, doit être d'autant plus certaine que la malade, dégoûtée depuis longtemps du cortége accoutumé des potions et des tisanes, n'en voulut prendre aucune. Les symptômes divers du catarrhe diminuèrent rapidement et tous à la fois, sans que la malade s'aperçut d'aucun effet physique du médicament qui lui était administré. Quinze jours suffirent à sa guérison ; mais le traitement, pour en fixer le résultat, fut continué pendant un mois. Dans la première quinzaine, la malade prit matin et soir, comme je l'ai déjà dit, une pilule composée de 1/25e de grain d'arsenic associé à 2 centigr. d'extrait d'opium ; dans la seconde, la malade s'étant plainte de quelques maux de tête et de somnolence, je lui ordonnai l'oxide blanc d'arsenic seul, à la dose de 1/15e de grain en pilule matin et soir. De la sorte, la malade a absorbé 15 centigr. d'acide arsénieux dans l'espace d'un mois, sans que le médicament se soit trahi par autre chose que par le rétablissement complet des fonctions respiratoires et digestives et par un retour assuré vers la santé.

L'état de la malade s'est maintenu dans les heureuses dispositions que je viens de dire depuis le 15 juin jusqu'au 20 juillet dernier. A cette époque, une occasion s'étant offerte à Mademoiselle L., d'aller aux eaux du Mont-d'Or, je lui conseillai fortement d'en profiter, dans l'espérance de la soustraire pour longtemps à l'influence pernicieuse des conditions de sa vie ordinaire. C'était assurer davantage sa guérison. Je dois ajouter que les

nouvelles récentes qui me sont parvenues m'apprennent que cette guérison s'est consolidée, la toux n'a pas reparu et la respiration n'a jamais été plus libre, plus facile, plus capable en un mot de résister à la marche et à la fatigue que Mademoiselle L., affronte au milieu des montagnes de l'Auvergne (1).

Tel est le résultat d'un emploi assez rare des préparations arsenicales; je n'en connais aucun autre exemple, et c'est ce qui m'a engagé à le rapporter. L'arsenic, d'ailleurs, n'a pas encore acquis sans restriction droit de domicile dans la thérapeutique française; tandis qu'il est devenu presque populaire en Angleterre et en Allemagne, il est encore repoussé en France par des répugnances générales que justifie l'usage criminel qu'on en a fait si souvent dans notre pays, mais que doivent surmonter peu à peu, dans le traitement des maladies, une expérimentation prudente, exempte à la fois d'audace et de pusillanimité. C'est ce principe qui me guide dans l'emploi que je fais depuis quelque temps de l'arsenic dans certains cas où les moyens ordinaires ont échoué. Déjà j'ai pu constater par mon expérience personnelle l'efficacité de l'arsenic dans les fièvres intermittentes : je n'ai pas craint de le donner même à un enfant de deux ans et demi qui avait puisé, dans la Bresse et jusques dans le sein de sa nourrice, une fièvre quotidienne dont rien n'avait pu triompher jusque-là; un vingt-cinquième de grain d'oxide blanc d'arsenic uni à l'extrait de quinquina et à l'opium le guérit radicalement en trois jours. Aujourd'hui je porte mes recherches sur l'effet de l'arsenic dans les affections du poumon. Je viens de citer un cas de succès dans le catarrhe chronique, je traite dans ce moment, par le même moyen, une phthisie tuberculeuse à la deuxième période et un asthme spasmodique et intermittent datant depuis plus de trente années. Je ne me flatte pas d'un succès désespéré, malgré l'amélioration qui a suivi les premiers essais du remède ; mais quel que soit le résultat, je me ferai un devoir de le faire connaître, si ce genre de communication est accepté pour ce qu'il est, c'est-à-dire comme le jalon d'un travail plus étendu et comme une incitation à des tentatives nouvelles faites selon le précepte du vieux médecin que je rappelai au commencement de cette note.

(1) Aujourd'hui la malade a repris ses occupations habituelles; la santé est parfaite.

---

9. *De l'emploi du charbon végétal contre les affections nerveuses gastro-intestinales idiopathiques et symptomatiques;* par le docteur BELLOC, chirurgien-major au 6e régiment de Hussards, ex-chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Douera (Algérie).

(Journal de médecine de Bordeaux, octobre 1848.)

Il est bien surprenant de voir comment à diverses époques de la science, à mesure que se constituent de nouveaux progrès dans certaines parties, à quelles vicissitudes sont soumises quelques autres. Le charbon végétal, qui fait l'objet de ce Mémoire, en est un exemple bien frappant, et il est facile de montrer à quelles alternatives de faveur ou d'abandon il a été livré depuis les temps les plus reculés.

Il y a bientôt une dixaine d'années que nous nous occupons d'étudier l'action thérapeutique de ce moyen ; et quelle n'a pas été notre surprise, lorsque des faits nombreux sont venus nous donner la preuve évidente que, loin d'être un médicament peu digne de l'attention des médecins, il devait, au contraire, être réhabilité, sinon par une application trop générale, comme l'avaient fait quelques anciens, du moins pour être utilisé dans certaines classes de maladies où les résultats nous ont paru vraiment bien remarquables !

Mais on s'explique facilement comment, en définitive, l'administration du charbon est tombée en désuétude. Les deux causes principales se trouvent dans l'abus qu'en ont fait les médecins dans toutes les classes de maladies ; et, d'une autre part, dans la mauvaise qualité et la mauvaise préparation du charbon. Il est donc nécessaire, avant d'entrer en matière, de jeter un coup-d'œil rétrospectif sur ce qui a été écrit concernant ce moyen thérapeutique.

Dans les temps anciens, Hippocrate, frappé de ce qu'il vit certaines filles chlorotiques manger du charbon, se mit à le conseiller dans quelques cas particuliers qu'il indique vaguement.

Gallien et Paul d'Egine firent la même observation ; mais de plus, ces médecins, ainsi que Celse et Oribase, l'administrèrent dans plusieurs affections. Zaccutus Lusitanus n'omet pas de citer un cas particulier à une femme non-réglée qui vit, après avoir mangé du charbon, son hémorragie mensuelle reparaître avec une grande régularité.

Pline nous a transmis que le charbon était employé contre l'anthrax malin, et qu'à titre de médicament interne, deux sages-femmes célèbres de son temps étaient divisées d'opinion

sur les effets abortifs du charbon de choux, de myrthe et de tamarin.

Pendant quelques années encore, le charbon resta dans la pratique médicale ; mais il fut ensuite longtemps oublié, et ce ne fut que vers la fin du dix-septième siècle que les médecins, profitant des travaux des alchimistes et des chimistes, le tirèrent de l'oubli où il avait été enseveli pendant tant de siècles. Ce fut Martin Rulland qui, le premier, proposa le charbon de tilleul contre l'épilepsie, la lienterie et les coliques ; quelques médecins, au dire de Manget, ajoutèrent à la même époque à la poudre de charbon de l'eau distillée de tilleul pour l'administrer dans les mêmes maladies, et ils étendirent de plus son application à l'apoplexie, aux vertiges, aux palpitations de cœur, aux douleurs utérines, ainsi qu'au calcul des reins. Chomel raconte, à cette occasion, dans son *Abrégé des plantes usuelles*, que quelques-uns le prescrivaient à la dose d'un demi-gros par jour pour apaiser les ardeurs d'urine, et il ajoute, tant il croyait à l'efficacité de ce moyen : « On pourrait dire ici que ce charbon n'a pas encore perdu la propriété qu'on attribue aux différentes parties du tilleul, si on ne devait croire qu'il est identique en raison de ce qu'il n'a ni odeur ni saveur ». Les insuccès qui résultèrent d'une administration aussi empirique durent lui porter une nouvelle atteinte, et ce n'est que vers le milieu du siècle dernier que les chimistes ayant fait connaître la propriété qu'a le charbon de désinfecter les eaux stagnantes et les matières putréfiées, les chirurgiens songèrent à l'appliquer sur les plaies de mauvaise nature, dans le but de détruire la septicité et de favoriser, par son action irritante locale, les bourgeons charnus de boune nature. De là à l'usage interne il n'y avait qu'un pas à faire, et l'on voit dès lors Fauchier, médecin de l'armée, Gay, en Amérique, Hoffmann, ainsi que plusieurs autres médecins anglais et français, le prescrire contre toutes les affections qui donnaient lieu aux développements des gaz putrides, et en retirer des résultats avantageux. En Italie, Calcamia, Nicosia, Burzia, le prescrivirent dans les affections intermittentes résultant d'actions paludéennes, et le regardèrent comme aussi utile que le quinquina. Ce fut surtout à partir de l'an XI et XII de la République qu'il parut, soit en France, soit en Allemagne, soit en Amérique, des travaux importants sur cette matière, dont les principaux sont dus à Lovitz, Duval, Morelot, Galeman, Daniel, de Philadelphie ; Gallas, Capman, et Simmanns, chirurgien de Londres.

Duval, surtout, qui ignorait sans doute les travaux de ces derniers, fit un Mémoire intéressant dans lequel il revendiqua la

priorité de ce moyen. L'un des travaux le plus complet qui ait été écrit sur ce sujet, est sans contredit la *Thèse* de Brachet, de Paris, publiée en l'an IX (1803) : il est le premier qui ait bien fait connaître son action physiologique et ses effets immédiats ; il le préconisait contre le scorbut en général, à la dose de 86 grammes par jour ; après lui, Fusche et Hanneman, cités par Coxe, voulaient qu'on l'employât dans les diarrhées rebelles, pour détruire complétement l'odeur putride des selles ; et Calva le donnait dans le même but à la dose de 20 grammes par jour. D'ailleurs Brachet avait rapporté plusieurs exemples de cet usage où il l'avait trouvé efficace.

Il nous serait difficile, sans nous étendre beaucoup trop, de tracer un historique complet (ce qui n'est pas notre intention); car le charbon a été employé pour ainsi dire dans presque toutes les maladies. L'asthme et la phthisie, la gale et les dartres, la teigne et les affections chroniques organiques, les fièvres et les névroses, le scorbut, les plaies de mauvaise nature, les productions calculeuses, toutes les classes de maladies enfin, ont été soumises d'une manière déréglée, nous devrions dire d'une manière déraisonnable, au traitement par le charbon. Qu'y a-t-il donc d'étonnant que l'on ait éprouvé des insuccès nombreux et que le charbon soit oublié à ce point, de nos jours, qu'il n'en soit même plus question dans les meilleurs traités de thérapeutique ? Pourtant on retrouve encore çà et là, dans quelques recueils, quelques pages qui lui sont consacrées, et nous devons dire que les auteurs du *Dictionnaire de thérapeutique*, MM. Merat et de Lens, sont les seuls qui lui aient assigné une place importante parmi les agents que la thérapeutique emploie, tout en restreignant avec raison son usage à quelques maladies particulières.

Action physiologique du charbon. — A l'époque où remontent mes premières tentatives sur l'emploi du charbon en médecine, je connaissais, quoique imparfaitement, la plupart des travaux que nous avons cités précédemment. Frappé des dissidences qui existaient parmi les médecins à ce sujet et songeant aussi qu'il était possible de l'utiliser d'une manière convenable et dans de justes limites, je me décidai à commencer une série de recherches qui pussent me conduire à une solution quelconque. Il faut le dire, cette solution tant désirée me paraît tout en faveur de ce médicament. Voici comment je fus conduit à employer le charbon et à faire les expériences que j'indique. Ayant été atteint d'une gastro-entéralgie très-grave, qui était la conséquence des fatigues que j'avais éprouvées durant un service long et pénible en Afrique, d'où je revins dans un état désespéré, je me décidai,

après avoir mis en usage, sans aucun succès, tout ce que la thérapeutique et l'hygiène pouvaient m'offrir, à essayer le charbon. Pensant que celui qui est habituellement préparé dans les pharmacies pouvait parfaitement me convenir, je fis faire des pilules avec cette poudre de charbon et du sirop de sucre dont je commençai l'usage avec la plus grande réserve. Quelques instants après avoir pris deux de ces pilules, j'éprouvai à l'estomac un sentiment de bien-être que je n'avais pas encore ressenti depuis le début de ma maladie ; il fut cependant accompagné de chaleur et d'un peu d'altération. Je compris alors que ce médicament, préparé avec beaucoup de soin, devait agir sur moi avec une grande efficacité, et qu'il fallait surtout en augmenter les doses. Je fis immédiatement remplir quelques vases en fonte de morceaux de bois vert de peuplier dépouillés de leur écorce, je fis chauffer à blanc et pris toutes les précautions nécessaires pour que cette préparation s'accomplît avec la plus grande propreté. Je retirai de ces vases un charbon parfaitement carbonisé, j'en fis usage avec confiance, et l'amélioration fut si prompte que je sentis le besoin de persister. Je suis arrivé en peu de temps à en prendre des doses énormes et à chaque instant du jour ; plus j'en prenais, plus je sentais ma position s'améliorer. J'avais été constipé de la manière la plus opiniâtre ; je ne le fus plus, et je pus faire usage des aliments les moins faciles à digérer ; tandis qu'auparavant l'alimentation la plus légère déterminait chez moi les accidents les plus douloureux. Le dirais-je ? J'ai pris jusqu'à 500 grammes de charbon en poudre humide en un jour, je n'en ai pas été incommodé : loin de là, ma santé s'est si bien rétablie, que depuis cette époque je n'ai plus été malade, et pourtant j'avais été obligé de cesser mon service et de garder la chambre pendant plusieurs mois.

Quoique bien guéri, je fis encore souvent usage du charbon, et je suis persuadé qu'il m'a mis à l'abri de nouvelles souffrances. Ma constitution avait été tellement ébranlée, qu'une rechute était certainement facile ; mais dès lors que les premiers symptômes se manifestaient, je faisais usage du charbon et tout rentrait dans l'ordre.

Rencontrant journellement des personnes atteintes de maladies de l'estomac, je m'empressais de leur faire connaître le médicament qui m'avait tant fait de bien. Je partageais avec elles mes provisions de charbon ; aussi me trouvant bientôt au dépourvu, je résolus de commencer quelques séries d'expériences sur différentes variétés de charbon. Des bois durs et légers, verts et secs, furent carbonisés ; je fis usage de chacun d'eux, et mon

estomac eut beaucoup à souffrir de ces divers tâtonnements. J'acquis alors la certitude que les accidents les plus graves pourraient être la conséquence de l'administration du charbon à haute dose, tel qu'on l'a préparé jusqu'à ce jour. Je citerai, du reste, des observations à l'appui ; je m'arrêterai définitivement au bois de peuplier vert, ainsi que je le dirai plus loin.

Un point important était de savoir quels étaient les effets physiologiques du charbon à l'état sain ; la physiologie n'est-elle pas d'ailleurs la seule base solide sur laquelle on doive s'appuyer dans l'étude des maladies internes et des moyens qui peuvent les guérir ? Il nous fallut aussi, pour nous rendre compte des opinions si opposées que nous avions été à même de connaître, étudier le charbon de plusieurs végétaux, préparé de telle ou telle manière ; ce point n'était pas indifférent, c'est ce que nous allons examiner.

Les effets que nous avons obtenus par le charbon, dont nous donnerons plus bas le mode de préparation, consistent dans un sentiment de bien-être à l'estomac et dans l'accélération de l'appétit. Nous voyons que de prime-abord la salive se trouve excrétée en plus grande quantité; s'il en est ainsi de la salive, le charbon placé dans l'estomac devra, par son action légèrement excitante sur la muqueuse, déterminer une sécrétion beaucoup plus abondante de suc gastrique; voilà déjà un premier fait important dont il sera nécessaire de tenir compte, et qui montre jusqu'à quel point la thérapeutique pourra utiliser le charbon dans les cas d'atonie du ventricule et de digestion laborieuse ; mais si le suc gastrique se trouve excrété en plus grande quantité dans cette circonstance, rappelons qu'il est des maladies dans lesquelles le charbon pourra être employé, où cette sécrétion se faisant d'ordinaire très-abondante, l'appétit est presque nul, le goût dépravé et la digestion pénible. Mais alors, si le charbon a eu pour effet d'augmenter considérablement la sécrétion des sucs gastriques, ainsi que des mucosités, il a aussi pour effet d'en absorber une partie. D'après les travaux les plus récents qui ont été faits sur la digestion stomacale, nous savons que le suc gastrique est composé de deux parties essentielles, l'une acide (acide chloridrique selon la plupart), l'autre la pepsine, qui possède toutes les qualités de ferments (véritable ferment animal).

Si donc, par suite d'un état morbide quel qu'il soit, le suc gastrique se trouve sécrété en trop grande quantité, qu'il soit conservé dans l'estomac ou rejeté par les vomissements, comme cela arrive dans quelques cas d'affection nerveuse de cet organe, le charbon aura pour effet, tout en facilitant la sécrétion plus

abondante du suc gastrique, d'absorber l'excès d'acide non employé par la fibrine, qui pourrait nuire à l'action définitive de la pepsine en la contre-balançant.

Ces faits étant admis, nous sommes donc en droit de dire que toutes les fois que nous avons des affections nerveuses de l'estomac, idiopathiques ou symptomatiques, que ce soient des maladies en plus ou moins, c'est-à-dire par excès ou par atonie, il nous sera possible de tirer de bons résultats de l'emploi du charbon.

Ainsi donc, dans toutes les douleurs d'estomac s'accompagnant de digestions laborieuses et de dégoût des aliments, comme cela arrive dans la chlorose et dans la chloro-anémie, dans toutes ces souffrances de l'estomac qui accompagnent l'hystérie, chez l'homme ou chez la femme, dans toutes les gastro-entéralgies, enfin, le charbon nous a donné les résultats les plus concluants.

Il y a longtemps que Chaptal et les chimistes qui l'ont suivi nous ont fait connaître les propriétés désinfectantes du charbon, employé pour la conservation des eaux potables et des matières animales dans les voyages de long cours; Gay jeune, qui s'est établi en Amérique après la guerre de Saint-Domingue, l'ayant vu pendant sa traversée employé à cet usage, pensa qu'il pourrait en tirer parti dans le traitement de la fièvre putride, ainsi que Humold, Fauchier, etc. Nous avons dit, et ce fait n'est pas nouveau, que les matières fécales des personnes qui avaient pris du charbon étaient presque désinfectées.

Il serait donc, en effet, possible de l'employer dans la fièvre typhoïde, puisque, d'une part, il pourrait absorber ces gaz putrides qui, comme on le sait, déterminent la putréfaction plus rapide des matières contenues dans l'intestin, et qui, étant absorbées en assez grande quantité par les surfaces muqueuses enflammées, viennent infecter les humeurs pour déterminer ainsi les phénomènes typhoïdes proprement dits ; et que, d'une autre part, il s'emparerait des mucosités abondantes qui s'y trouvent et occasionnent un dévoiement si grand et si opiniâtre. Les surfaces ulcérées se trouveraient ainsi détergées de la même manière que les ulcères extérieurs de mauvaise nature sur lesquels on applique de la poudre de charbon ; mais les auteurs que nous avons cités considéraient cette matière comme détruisant les tendances à la putridité. Pour nous, il ne détruit point les tendances à la putridité, car il n'est point digéré ; les surfaces muqueuses ulcérées produisent, tant qu'elles durent, des sécrétions morbides qui se putréfient promptement ; la tendance à cette putridité vient, d'ailleurs, de l'état général que le charbon saurait modifier. Cette putridité ne se reproduit constamment que parce

qu'il y a des surfaces ulcérées, lesquelles ne finissent par prendre un mauvais caractère et une marche plus rapide que sous l'influence des matières putrides même, avec lesquelles elles sont en contact. Le charbon annihile par sa présence cette putridité, irrite légèrement les surfaces ulcérées qui bourgeonnent, tendent à se cicatriser, et ce n'est ainsi qu'à la longue et secondairement qu'il empêche l'absorption des matières et des gaz fétides; à cette condition toutefois qu'il sera fait usage d'une médication plus directe et plus appropriée à la nature de la maladie. Nous indiquerons plus loin dans quelles circonstances nous l'avons employé en en retirant de bons effets ; nous indiquerons également à quelle période de la maladie il serait plus à propos de l'administrer.

C'est d'après les mêmes idées qui avaient guidé Gay jeune, Humold, Fauchier, etc., dans l'emploi du charbon dans les affections putrides, que des médecins italiens, Calcania, Nicosia, Burzia, se décidèrent à le prescrire dans les fièvres intermittentes résultant d'infections paludéennes. Ils en retirèrent, disent-ils, de bons effets, à ce point qu'ils en vinrent à le préférer au quinquina. Mais combien nous sommes loin d'admettre cette pratique ! il suffit d'un simple raisonnement pour prouver qu'elle est sans utilité. En effet, ne venons-nous pas de dire que ce charbon, matière inerte, n'était point absorbé ; mais qu'au contraire il passait dans le tube digestif où il est bien supporté, en s'emparant des matières liquides ou gazeuzes qui peuvent être nuisibles à l'économie ? Or, dans les affections paludéennes, qui sont le résultat d'une absorption miasmatique générale des plus manifestes, c'est l'économie tout entière qui est souffrante, et il faut par conséquent employer des agents qui, facilement absorbés, puissent aller partout combattre et détruire le germe de la maladie. Ce résultat ne peut donc pas être obtenu par le charbon, puisqu'il n'est nullement absorbé et qu'il ne fait que traverser l'intestin. Mais il se rencontre souvent des cas de fièvre intermittente où, pendant l'apyrexie, les digestions sont laborieuses et les malades dépourvus d'appétit ; alors il serait possible, nous ne l'avons jamais essayé, de faire usage du charbon dans le but de remédier à ces seuls inconvénients, aux mêmes titres que dans les autres maladies où nous en avons retiré de si remarquables effets. Quant au traitement de la lienterie, de l'épilepsie, des maladies vermineuses et autres, nous ne croyons pas devoir nous en occuper.

Le charbon n'est pas une panacée; mais appliqué à propos dans une foule de circonstances, il devient l'adjuvant le plus

précieux que la thérapeutique puisse fournir. Son action ne se borne pas seulement à favoriser les digestions et à calmer les souffrances nerveuses de l'estomac et de l'intestin ; mais il permet l'usage d'une alimentation plus tonique et plus abondante dont il favorise la digestion ; de même aussi il permet d'employer des médicaments directement curatifs, qui ne pourraient pas être supportés avant de l'avoir pris : ce n'est pas là un de ses moindres priviléges.

Nous ne saurions nous occuper d'étudier cette question, de savoir que l'administration du charbon rend plus aptes l'estomac et le tube digestif à supporter des aliments ou des médicaments de cette nature, sans nous étendre indéfiniment dans ce Mémoire; cette question sera examinée dans un dernier paragraphe où nous ferons connaître les résultats obtenus par le charbon dans certaines maladies.

Nous avons dû nous occuper aussi de savoir quel devait être le meilleur mode d'administration du charbon. Fallait-il le donner en poudre sèche? Cette manière eût été par trop désagréable : il aurait fallu une sécrétion de salive trop abondante pour imbiber le bol et faciliter son ingestion dans l'estomac; il serait aussi survenu des accidents résultant du passage d'une certaine quantité de poudre de charbon dans les voies respiratoires pendant l'inspiration. Fallait-il aussi l'administrer en pastilles ou bien le délayer dans l'eau?

Nous nous sommes arrêté au procédé suivant, qui nous a paru, en toutes circonstances, d'une administration plus facile et plus propre à favoriser l'action du charbon. La poudre de charbon étant imbibée d'eau fraîche, de manière à en faire une poudre humide, est prise avec une cuiller introduite dans la bouche et est précipitée dans l'estomac en avalant quelques gouttes d'eau. Toutefois nous avons essayé aussi le charbon sous forme de pastilles, et ce moyen nous a paru avoir une influence assez marquée sur les fonctions de l'estomac et du tube digestif; mais nous préférons, comme étant d'un effet plus certain, le charbon en poudre humide. Les personnes qui ont bien voulu s'y soumettre l'ont également préféré.

Brachet, de Paris, dont nous avons déjà cité le travail intéressant (*Thèse* 1803, Paris), avait remarqué que, lorsque du charbon en poudre parfaitement purifié était ingéré dans l'estomac, il produisait une sensation agréable; il avait constaté qu'on éprouvait en même temps une douce chaleur à la région épigastrique, qui était bientôt suivie du désir de manger. D'autres médecins, au contraire, ont vu qu'au lieu de produire cette

sensation agréable, qu'au lieu de déterminer le désir de prendre des aliments, les personnes éprouvaient une pesanteur insolite à l'estomac, et même quelquefois des douleurs qui, dans certains cas, se propageaient tout le long du tube digestif, c'est-à-dire pendant tout le temps que le charbon mettait à traverser; c'est qu'alors le charbon était mauvais et mal préparé.

Nous avons fait ces expériences sur nous-même ainsi que sur d'autres personnes, nous avons pris du charbon avant le repas, nous en avons pris après, nous en avons même pris avec les aliments, et nous pouvons donner le résultat de notre propre expérimentation.

Nous avons eu quelquefois des insuccès, et nous expliquerons à quelles causes ils doivent être rapportés. Comme Brachet, nous avons vu que la poudre de charbon, parfaitement purifiée et telle surtout que nous l'employons, produit dans l'estomac une sensation agréable, un bien-être tout particulier, en même temps qu'elle fait éprouver un besoin de prendre des aliments que l'on mange alors avec plaisir. Ce qu'il y a de certain, c'est que la digestion se faisant avec plus de rapidité, les garde-robes arrivent plus facilement, sont plus copieuses et colorées en noir; cela s'explique. Ingérée avant le repas, à part l'appétit qui devient plus grand, les aliments se trouvent plus promptement digérés dans l'estomac, y séjournent moins longtemps, et ils ne déterminent pas par conséquent cette pesanteur générale que les gastralgiques éprouvent habituellement lorsqu'ils viennent de manger; de plus, les matières, séjournant moins longtemps, fatiguent aussi beaucoup moins le tube digestif.

Prise après le repas, même sensation; absence complète de pesanteur dans l'estomac et sentiment de bien-être intérieur; les aliments circulent vite, et, chose remarquable, très-rarement on éprouve de ces éructations fatigantes qui surviennent après un repas copieux, de même aussi il y a très-rarement développement de gaz dans les intestins. Un fait qui nous a paru digne de fixer l'attention doit être cité : nous avions fait préparer des pilules avec du charbon parfaitement pur et de la mélasse; nous trouvant alors à dîner avec les officiers d'un régiment d'artillerie dont nous faisions partie, nous offrîmes des pilules à chacun d'eux, et, chose remarquable, plusieurs furent pris, immédiatement après le dîner, d'envie d'aller à la garde-robe; quelques-uns même n'eurent pas le temps de regagner leur domicile. Le charbon ingéré au moment du repas eut donc chez eux un effet on ne peut plus laxatif, effet qui, nous n'en doutons pas, fut le résultat de l'union de la mélasse avec la poudre de charbon; car nous avons

fait prendre ces deux substances séparées à plusieurs personnes sans jamais en obtenir ce résultat instantané.

Nous avons pris du charbon de bois ordinaire préparé en vases clos et réduit en poudre humide comme le précédent, nous en avons avalé et nous en avons également fait prendre à quelques personnes; nous avons éprouvé un goût tantôt sulfureux, tantôt ammoniacal extrêmement désagréable, une vive chaleur à la bouche avec altération, quelquefois un pincement à la région épigastrique, et la digestion s'est accomplie plus lentement qu'à l'ordinaire; nous avons eu des excoriations très-douloureuses de la membrane buccale, qui n'ont cédé qu'à l'emploi des gargarismes adoucissants.

Le charbon purifié par l'acide azotique ne nous a pas donné non plus de résultats satisfaisants. Ainsi, sensation de chaleur brûlante et de douleurs à l'estomac et dans le tube digestif pendant tout le temps que séjourne le charbon, digestion lente et difficile, miction pénible et douloureuse laissant des contractions à l'anus, tels sont les effets que nous avons obtenus. Nous ne pouvons nous dispenser de donner un fait bien remarquable qui démontre de la manière la plus évidente les effets différents que l'on obtient par le charbon préparé par l'acide azotique.

M. D***, major dans un régiment de cuirassiers, d'un tempérament sanguin et nerveux, était atteint depuis plus de dix ans d'une gastro-entéralgie. Très-impressionnable, il éprouvait des crises nerveuses extrêmement violentes toutes les fois qu'il était contrarié; il était obligé de se dispenser de fumer et de prendre du café, ce qui sympathisait très-peu avec ses goûts militaires. M. D*** ayant appris les heureux résultats que j'obtenais au moyen de la poudre de charbon, me fit prier de lui donner des soins. Après m'être assuré de son état, je lui fis prendre tous les jours quatre grandes cuillerées de charbon en poudre humide : une le matin, une après chaque repas, et la dernière une heure avant de se coucher. Il y avait huit jours tout au plus qu'il en prenait, que les selles étaient régularisées et l'estomac fonctionnait parfaitement; vingt-cinq jours après, le major D*** fumait, prenait du café, ne suivait plus de régime et était rendu à une santé parfaite. Quelques mois plus tard, il vint chez moi dans un état d'exaspération extraordinaire : il me dit qu'il venait d'apprendre une nouvelle tellement malheureuse, qu'il était impossible qu'elle n'eût pas pour conséquence une crise de gastralgie qui durerait plusieurs jours. Il en éprouvait déjà les symptômes précurseurs; je le rassurai et l'engageai à rentrer chez lui et à prendre quelques cuillerées de poudre de charbon jusqu'à ce qu'il

eût senti le calme revenir ; une heure après, tout était terminé, la crise n'avait pas eu lieu, et le major D*** alla dîner le soir avec les officiers supérieurs auxquels ils s'empressa de faire connaître le beau résultat qu'il venait d'obtenir.

Nous citerons plus bas une observation plus remarquable encore, que nous avons recueillie sur Mme S***, dont la santé était profondément altérée à la suite d'impressions morales très-vives, et qui, grâce au charbon, était rendue à une santé parfaite.

Les résultats que nous avons obtenus par le charbon dans cette circonstance et dans beaucoup d'autres semblables ont été on ne peut plus tranchés : d'une part, il ne suffit que de quelques jours de traitement pour faire disparaître des souffrances de dix années ; de l'autre, quelques cuillerées seulement préviennent une crise des plus imminentes. Mais voilà la contre-partie qui n'est pas moins significative : le major D*** continua à prendre du charbon pendant longtemps comme moyen hygiénique et pour entretenir cet état de bien-être si remarquable. Un jour qu'il se trouvait au dépourvu, il nous fit demander si nous ne pourrions pas lui procurer du charbon : nous n'en avions pas non plus à notre disposition dans le moment ; nous prîmes alors quelques branches de saule dans un bûcher non abrité ; à défaut de vases clos elles furent carbonisées dans un four ; nous eûmes soin de les faire éteindre dans un étouffoir dès que la carbonisation fut parfaite. Le charbon fut ensuite soumis à l'action de l'acide azotique ; lavé à plusieurs reprises, on le fit bouillir en dernier lieu dans de l'eau clarifiée ; il conserva malgré cela une saveur désagréable, et nous engageâmes le major D*** à ne pas en faire usage ; mais il s'était si bien trouvé de l'usage de ce médicament, il sentait si bien le besoin impérieux de le continuer, que nos observations ne purent l'arrêter. Nous avions eu raison de chercher à le dissuader, car le charbon à peine arrivé dans son estomac produisit une ardeur et une altération très-grandes, il survint de la fièvre pendant vingt-quatre heures avec chaleur désagréable. Il y eut en même temps de la douleur dans tout le tube digestif, depuis la bouche, l'estomac, l'hypochondre droit, l'hypochondre gauche jusqu'au rectum, au moment de la miction, qui ne s'effectua que trente-six heures après avec des contractions douloureuses. Il y avait donc eu constipation dans cette circonstance. Ainsi, d'une part, sentiment de bien-être, saveur agréable, salivation abondante, digestion rapide, absence de gaz ; d'une autre part, chaleur brûlante dans la bouche avec sécheresse et soif vive, douleur à l'estomac et dans tout le tube digestif, ainsi qu'au rectum ; digestion difficile, constipation, mou-

vement fébrile ayant duré vingt-quatre heures; tels sont les résultats opposés que nous avions annoncés précédemment. Mais à quoi tient cette différence dans l'action du charbon ordinaire purifié par l'acide azotique? Est-ce à la préparation elle-même? Cependant nous avions pris toutes les précautions recommandées par les auteurs; nous l'avions soumis à l'action de l'acide, puis nous l'avions lavé à plusieurs reprises et fait bouillir longtemps dans une eau nouvelle. Est-ce au charbon lui-même préparé avec un bois qui avait été exposé à toutes les intempéries de l'air? Nous pensons, en effet, que non-seulement c'est à cette circonstance, mais encore à ce qu'il est difficile de faire disparaître entièrement, par les lavages et l'ébullition, l'acide azotique qui a servi à le purifier. Du reste, nous partageons l'opinion des médecins qui, comme Morlot, par exemple, pensent que le charbon n'a pas une composition une et identique, et qu'ainsi son action n'est pas toujours la même. Cela explique encore très-bien l'observation de deux médecins allemands dont nous n'avons pu retrouver les noms, et qui ont obtenu des résultats diamétralement opposés : l'un avait remarqué un effet laxatif par de très-petites doses de charbon; tandis que l'autre, qui en avait fait prendre 500 grammes à son malade, avait eu pour résultat des accidents que nous avons déjà signalés et la constipation.

Il est bien démontré pour nous par les nombreuses observations que nous avons recueillies jusqu'à ce jour, et par les nombreuses expériences que nous avons faites sur nous-même, que le charbon étant préparé avec cette attention minutieuse que nous apportons dans sa préparation, comme nous le dirons plus loin, ses effets seront toujours les mêmes, et le médecin n'aura qu'à se louer de l'emploi de ce médicament.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

10. *Sur un mode particulier d'administrer le calomel dans l'angine tonsillaire*; par le docteur **René Vanoye.**

(Revue médico-chirurgicale, novembre 1848.)

Il y a une chose qui doit frapper aujourd'hui tout médecin qui suit attentivement les mouvements de la science : c'est l'immense nombre d'idées nouvelles mises en avant et le peu d'applications qu'on en fait en pratique; c'est encore, et surtout, l'extrême facilité avec laquelle on les perd de vue, pour fixer son attention sur des idées très-différentes des premières, souvent même contradictoires.

En ce qui concerne la thérapeutique, cette remarque est d'une

incontestable justesse. Depuis un quart de siècle, la liste des remèdes nouveaux a pris une extension incroyable, et celle des applications d'agents déjà connus est devenue peut-être plus longue encore. Cette versatilité est certes déplorable aux yeux du praticien ; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que, dans le nombre des médicaments nouveaux, et parmi les modifications d'emploi de substances en usage, il s'en présente, de temps en temps, de réellement utiles et qu'on laisse tomber dans l'oubli, fasciné qu'on est par la théorie en faveur ou par les nouveautés thérapeutiques du jour.

Ce mouvement, ce roulis d'idées, dont la pratique ne profite guère, jette, au lit du malade, le médecin, surtout celui dont l'expérience est jeune encore, dans une perplexité dont il ne sort pas toujours avec bonheur. Il conviendrait donc plus de chercher à bien fixer la valeur et à déterminer les indications des agents que nous connaissons, que de nous attacher à en chercher de nouvelles. La thérapeutique, en effet, n'est riche que de ce qu'elle emploie avec certitude, et non de ce qu'elle enregistre tous les jours d'après les doctrines médicales régnantes.

Parmi les nombreuses médications qui ont été proposées naguère sans rencontrer une bien grande faveur, il en est quelques-unes que des circonstances particulières m'ont amené à essayer, et qui m'ont rendu de véritables services. C'est ainsi que, depuis plusieurs années, j'emploie, dans quelques angines, et notamment dans l'inflammation des amygdales, le calomel à l'intérieur, d'après une méthode particulière qu'a fait connaître, en 1830, un médecin français, M. Scelle-Mondezert. Cette méthode fut loin d'exciter l'attention ; car, à part quelques essais faits avec succès par M. Buet, la presse médicale ne rapporta, à ma connaissance, aucune observation pour ou contre son efficacité. C'est donc sur l'avis favorable de M. Buet, et séduit, je l'avoue, par la simplicité du traitement en question, que je l'ai essayé à mon tour ; les résultats que j'en ai obtenus sont si satisfaisants, que je crois utile de les faire connaître à mes confrères, persuadé que, à mon exemple, ils voudront bien soumettre à l'expérimentation un traitement aussi facile qu'exempt des inconvénients qu'offrent la plupart de ceux qu'on institue communément dans l'inflammation de l'arrière-bouche et de la gorge.

Dans ces derniers, le proto-chlorure de mercure n'entre d'ordinaire qu'à titre de sa propriété purgative, et par conséquent à une dose assez élevée. M. Scelle-Mondezert, au contraire, le prescrivait à une dose beaucoup plus faible et associé au savon médicinal. Administré de cette façon, ce n'est point comme pur-

gatif que le calamel agit; son action, pourquoi ne pas le dire, à défaut d'autre mot, est simplement *spécifique*.

La formule d'après laquelle les médecins précités employaient la préparation mercurielle, et d'après laquelle je l'emploie moi-même, est la suivante :

℞. Calomel. . . . . six grains.
Savon amygdalin. . . . . un demi-gros.

Faites-en six pilules, dont on donne une le matin et une le soir.

Par cette simple prescription, et à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, j'ai guéri, depuis une dixaine d'années, un grand nombre de malades affectés d'angine tonsillaire. Chez tous, lorsque le remède avait été administré avant la formation du pus, le gonflement inflammatoire s'est constamment terminé par résolution, et cela dans un temps beaucoup moindre que celui que durent tous les autres traitements.

Il me semble complétement inutile de rapporter ici tous ces faits qui, du reste, se ressemblent beaucoup sous plusieurs rapports ; il suffira de donner les cas suivants pour atteindre le but que j'ai eu en vue en écrivant cette note.

Obs. I. — Un cultivateur, de trente et quelques années, très-sujet aux maux de gorge qui passaient presque toujours à l'état d'abcès, fut pris de nouveau, durant l'hiver de 1846 à 1847, d'une angine violente dont il fut soulagé, sinon entièrement guéri, par l'application de seize sangsues, par un purgatif salin et des gargarismes aluminés, que lui avait prescrits son médecin ordinaire. Quelques jours après, s'étant exposé au froid, il lui survint encore une fois une difficulté et de la douleur dans la déglutition, et une céphalalgie accompagnée d'une forte réaction fébrile. Fatigué des longs traitements que son médecin lui faisait ordinairement subir, et du retour fréquent de son affection, il demanda mes soins, après que les symptômes dont il se plaignait eurent été en empirant pendant trois jours. L'examen de la gorge me fit voir les deux amygdales fortement tuméfiées, surtout la gauche, et recouvertes de plaques d'un enduit gris-jaunâtre. La déglutition était excessivement pénible, mais toutes les autres fonctions s'exécutaient bien, à part les évacuation alvines qui étaient retardées. Rien ne me semblait contre-indiquer chez cet homme l'emploi du calomel ; je le lui prescrivis de la manière indiquée plus haut, sans aucune autre recommandation que la diète et du petit-lait à boire à discrétion. Après quatre jours d'emploi de ces moyens, le malade me revint se plaignant encore à peine, et me raconta qu'il s'était senti notablement soulagé dès qu'il eut pris quelques pilules. Il lui en restait encore huit;

elles furent également consommées, après quoi la guérison parut complète.

Obs. II. — Une jeune fille de 23 ans, de constitution lymphatique et offrant quelques traces de scrofules, vint me consulter, au printemps de 1839, pour un mal de gorge qui durait depuis environ quatre mois, et qui déjà avait donné lieu à deux abcès. Pour la débarrasser de son mal, on avait employé des gargarismes, des pédiluves, des purgatifs, et une foule de remèdes topiques, qui tous étaient restés sans effet. L'examen que je fis des parties affectées me montra l'amygdale droite fortement et la gauche médiocrement développées et enflammées. La première était très-dure et montrait les traces des suppurations dont elle avait été antérieurement le siége. J'eus de suite recours aux pilules de calomel et de savon. Au bout de trois jours, l'amélioration fut déjà très-sensible, et en moins d'une quinzaine, la guérison put être considérée comme achevée, sans qu'il eût été besoin de recourir à aucun autre remède.

Obs. III. — Un jeune homme qui avait déjà eu plusieurs abcès à la gorge, mais parfaitement sain d'ailleurs et d'une constitution robuste, se plaignit, au commencement d'octobre 1842, de l'ensemble des symptômes qui lui avaient toujours fait prédire le retour de son mal habituel. Instruit par le passé, il se couvrit la gorge de cataplasmes vinaigrés, prit un bain de pieds, et inhala, de temps en temps, des vapeurs d'eau chaude, dans laquelle il avait mis infuser des herbes aromatiques. Malgré ces moyens, le mal marcha en empirant, et le malade me fit appeler. Je le trouvai dans une réaction fébrile assez marquée, et se plaignant, à part du mal de sa gorge, d'une céphalalgie des plus intenses et d'envies de vomir très-pénibles. Sa langue était couverte d'un épais enduit jaunâtre ; ses amygdales montraient un gonflement inflammatoire et étaient douloureuses au toucher. Eu égard à l'état sabural des premières voies, j'administrai un vomitif qui évacua une grande quantité de matières alimentaires mal digérées et unies à une quantité considérable de bile. Ces évacuations ne soulagèrent pas seulement son mal de tête, mais encore celui de la gorge ; cependant, le lendemain, celui-ci parut avoir repris toute son intensité première, et les tonsilles étaient plus enflammées et plus dures encore. Je prescrivis alors le protochlorure de mercure comme dans les cas précédents, et, dès le lendemain, j'observai déjà un mieux-être : la fièvre était moins forte, et la tension et la douleur des parties enflammées considérablement moindres. Les pilules furent continuées pendant neuf jours, au bout du quel temps cette inflammation intense, qui avait été si

près d'amener la suppuration, se trouvait entièrement dissipée. Je ne crois pas que le jeune homme ait encore été atteint depuis.

Ces simples faits, auxquels je pourrais en ajouter un grand nombre d'autres, méritent, ce me semble, quelque attention de la part des médecins. Ceux surtout qui pratiquent dans les campagnes, où il convient d'avoir à sa disposition des traitements faciles et expéditifs, feront bien d'essayer celui proposé par M. Scelle-Mondezert. Pour moi, je m'en trouve si bien, que je n'hésite point, je le répète, à le considérer comme spécifique. S'il arrivait qu'entre les mains de mes confrères, il donnât des résultats moins favorables, il pourrait être intéressant de rechercher quelles sont les circonstances précises où l'on peut le mettre en usage, et où il faut le remplacer par une autre médication.

---

11. *Des dangers de l'emploi des vésicatoires chez les enfants*; par le docteur S.

(Bulletin général de Thérapeutique ; novembre 1848.)

La plupart des médecins qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies de l'enfance se sont accordés à proscrire l'emploi des vésicatoires du traitement de ces maladies. Bien que presque tous les praticiens acceptent ce point de doctrine, au moins en ce qui touche les enfants du premier âge, et y conforment leur conduite, bien des cas se présentent cependant où, après avoir vainement essayé des autres méthodes, ils sont toujours tentés de recourir à une médication qui, dans d'autres conditions, a une incontestable utilité. Nous n'oserions certainement blâmer, d'une manière absolue, ces infractions à une loi générale, qui a pour base une expérience aussi étendue; car nous-même avons pu, plus d'une fois, constater l'heureux succès de cette pratique hardie ; mais ces exceptions ne sauraient infirmer la règle de prudence que nous venons de rappeler, et c'est pour fixer de nouveau l'attention des médecins sur ce point important de pratique, que nous publions la présente note.

Nous ne passerons point en revue les nombreux accidents que peut entraîner à sa suite l'application intempestive des vésicatoires chez les enfants : ces accidents sont d'autant plus fréquents et d'autant plus redoutables, que les enfants chez lesquels est mis en usage ce mode de révulsion sont moins âgés. Mais abstraction faite de cette cause générale d'exclusion de la médication révulsive, employée d'une manière un peu énergique, il faut encore admettre que cette thérapeutique doit être sévèrement proscrite dans quelques états particuliers de l'organisme. C'est ainsi, par exemple, que l'emploi des vésicatoires devient fort

dangereux, même chez les enfants qui ont dépassé les deux premières années de la vie, lorsqu'on y a recours à une période avancée d'une maladie qui a profondément débilité l'organisme ; et ceci est fort simple. Dans quelles conditions cette maladie, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, a-t-elle placé l'économie ? Précisément dans les conditions de faiblesse où se trouve naturellement l'enfant, alors qu'il ne jouit encore que d'une vie toute parasite, que les liens d'une étroite dépendance le rattachent à sa mère. Une affection prolongée, qui exténue l'enfant, le place encore, bien que d'un manière indirecte, dans les conditions que réalise dicectement l'infection typhoïde. Dans l'un et l'autre cas, l'intensité de la vie a baissé, et une irritatiou un peu vive, et surtout un peu prolongée sur un point quelconque de la peau, suffit pour y suspendre la circulation sanguine et nerveuse, parce que les tissus manquent de la réaction nécessaire à la résolution de toute congestion locale. Il suffit d'avoir suivi avec quelque attention les salles dans lesquelles sont recueillis les enfants malades, pour avoir remarqué avec quelle facilité la gangrène se développe dans les diverses conditions que nous venons de rappeler. Voilà pourquoi aussi tous les auteurs qui ont traité, après une suffisante expérience, des maladies de l'enfance, recommandent avec tant de soin de surveiller les divers points de l'enveloppe cutanée que la gangrène peut plus particulièrement envahir.

Voici, à l'appui des reflexions qui précèdent, un fait que nous publions avec d'autant plus d'empressement, qu'il appartient à notre pratique particulière, et qu'une erreur, ainsi franchement avouée, sert autant la pratique que le succès le plus brillant. Là, au moins, l'amour-propre ne saurait faire illusion à l'observateur. Sous l'influence de l'épidémie encore actuellement régnante, et qui se traduit surtout par des diacrèses intestinales en général d'un caractére peu grave, un enfant de neuf mois est atteint d'un flux intestinal d'abord peu abondant, mais qui, mal soigné, augmente progressivement, et abat profondément le petit malade. Alors l'estomac, qui jusqu'ici avait paru demeurer étranger au trouble du reste du tube digestif, se dérange lui-même, et l'enfant vomit presque tous ses aliments, qui, du reste, ne se composent que du lait de la mère et de quelques potages légers. Nous remarquons même, à cet égard, que la toux provoque souvent ces vomissements, et que, quand celle-ci n'a point lieu, les aliments sont mieux gardés. Lorsque nous voyons l'enfant pour la première fois, nous le trouvons déjà dans un état de dépérissement prononcé : l'altération du facies nous fait

redouter une lésion profonde de la muqueuse digestive, et nous fait rejeter les moyens propres à modifier directement la muqueuse gastro-intestinale, siége d'une simple diacrèse. Nous commençons par changer le régime du malade, et conseillons à la mère de se borner à lui donner son lait, avec la précaution de ne point surcharger l'estomac : nous ajoutons à cela la prescription de cataplasmes légèrement laudanisés sur le ventre, et quelques quarts de lavements amidonnés. Ces moyens, continués pendant deux ou trois jours, ont pour résultat de diminuer le nombre des garde-robes, mais n'ont aucune influence sur l'estomac, qui continue de rejeter les aliments. La magnésie, la glace, n'ont également aucune action sur cet accident ; c'est alors que nous nous décidons à prescrire un vésicatoire à la région épigastrique. Celui-ci prend rapidement : bientôt aussi les vomissements diminuent, et cessent même presque complétement. Cependant, l'enfant va toujours dépérissant davantage ; le facies s'altère de plus en plus, le sommeil est nul, le pouls très-petit. Nous examinons le vésicatoire, que nous n'avions point vu depuis plusieurs jours, et nous le trouvons noir, d'un noir de jais, dans toute son étendue. Cette gangrène nous paraît superficielle, et ne pas dépasser l'épaisseur du derme. Cette membrane, frappée de mort, est comme parcheminée, sans aucune sécrétion, et sans odeur appréciable. Elle est entourée dans tout son pourtour d'un cercle d'un rouge intense, qui marque les limites de la vie et de la mort. Mais, chose remarquable ! la disposition à la gangrène est telle chez ce malheureux enfant, que trois ou quatre petites plaies qu'il présente aux doigts de la main gauche, et qui résultent, suivant la mère, de coups d'ongle que l'enfant s'est donnés en s'agitant, offrent également des taches de gangrène manifeste. Enfin, il n'est pas jusqu'à la verge qui, au pourtour du méat urinaire, ne présente une petite tache de même nature.

Que faire en présence de si formidables accidents ? Il faut bien le reconnaître, quand la vitalité a subi une si profonde atteinte dans un organisme aussi frêle, aussi dépourvu de réaction que celui d'un enfant de neuf mois, il est bien difficile à la médecine de trouver une médication quelque peu efficace. Cette sorte de gangrène diffuse n'est, il est vrai, que superficielle, elle ne progresse point ; là même où elle a frappé les tissus avec le plus d'énergie, elle est évidemment limitée ; d'un autre côté, elle n'a point cette spontanéité qu'on observe quelquefois ; partout où elle s'est montrée, elle a évidemment succédé à l'action d'une cause irritante, à l'épigastre comme aux doigts, aux doigts comme au pénis, où elle a très-probablement succédé à l'action

irritante de l'urine. Mais ce qui paralyse l'art, en pareille circonstance, et l'empêche de venir au secours d'un organisme qui n'est point encore complétement dépourvu de ressort, ainsi que le témoigne le travail de délimitation dont nous avons parlé tout à l'heure, c'est que l'estomac et l'intestin sont hors d'état d'assimiler toute substance propre à remonter le ton de la vie défaillante. Quant aux moyens topiques, nous n'en voyons aucun d'applicable. Nous avons conseillé des embrocations camphrées sur les parties sphacélées, mais bien plutôt pour obéir aux désirs de la mère, que pour suivre une indication positive ; car il n'y a rien de plus à faire ici, qu'à attendre le travail d'élimination auquel se prépare l'organisme. A l'intérieur, nous avons prescrit le lait de la mère, quelques cuillerées d'eau panée légèrement animée de vin, et une infusion de camomille édulcorée avec le sirop de quinquina ou d'écorces d'orange. Malgré ce moyen, l'enfant va toujours dépérissant, le pouls est à peine sensible ; et si le malade ne vomit plus, cela tient probablement à une sorte de stupeur dont l'estomac est frappé. D'ailleurs, à supposer, contre toute vraisemblance, que l'enfant surmonte ces accidents primitifs, il est plus que probable que son organisme profondément affaibli ne pourra faire les frais du travail de réparation qu'entraînera la chute des parties sphacélées.

Nous avons rapporté cette observation avec quelques détails, en mêlant à ceux-ci les remarques pratiques qu'ils nous suggéraient, parce qu'il nous semble qu'il doit sortir de là pour les esprits attentifs plus d'un enseignement utile ; mais surtout celui-ci, que nous avons commis une erreur grave en pratiquant une révulsion aussi énergique chez un enfant aussi jeune, et en même temps aussi profondément débilité par une maladie antérieure. *Valeat error pro bono.*

Le fait que nous venons de rapporter nous en rappelle un autre, que nous croyons devoir également consigner ici. Si le développement de la gangrène, dans les conditions dont il s'agit, a été souvent observé, il n'en est pas de même, nous le croyons au moins, de l'accident que nous allons voir suivre l'application intempestive d'un vésicatoire chez un enfant également très-jeune ; cet accident est une anasarque générale. Voici d'ailleurs une esquisse rapide de ce fait.

Un enfant de huit mois, sous l'influence de la même épidémie que le précédent, est atteint des mêmes accidents. Ces accidents, mal combattus à leur origine, entraînent bientôt à leur suite le dépérissement d'un enfant d'une constitution originairement très-forte. Après avoir vainement opposé au mal un ensemble de moyens

dont l'action était incessamment contrariée par une diététique peu judicieuse, je quitte pendant quelque temps le petit malade, auprès duquel est appelé un autre médecin, qui suit sans plus de succès la même médication. Cédant, je crois, aux sollicitations des parents, plutôt qu'à une indication rationnelle, ce médecin, de guerre lasse, finit par appliquer un vésicatoire au bras de l'enfant. On suppose, tout d'abord, que ce vésicatoire avait fait merveille ; mais bientôt on fut forcé de reconnaître que cette apparence de bien cachait un mal profond. En effet, ce que l'on avait pris pour un commencement de retour d'embonpoint était le début d'une anasarque, qui ne tarda point à se manifester de la manière la plus évidente. La face, les avant-bras et les mains, furent les premiers organes qui devinrent le siége de l'infiltration : plus tard, les cuisses, les jambes et les pieds, présentèrent la même infiltration. Nous essayâmes, mais en vain, de faire disparaître ces accidents : ils persistèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu huit ou dix jours après le début de cette suffusion séreuse générale.

Nous ne sachions pas qu'on ait encore signalé cet effet funeste de l'application d'un vésicatoire sur un point de l'enveloppe cutanée. C'est qu'aussi il est peu de praticiens qui aient recours à l'emploi de ce moyen dans de pareilles conditions. Comment d'ailleurs expliquer ce résultat ? Faut-il l'attribuer à l'action des cantharides sur les reins qui, sous l'influence de cette stimulation, seraient devenus le siége de cet état morbide connu sous le nom de maladie de Bright, et qu'on sait entraîner presque constamment à sa suite le développement d'une anasarque ? Il nous a été impossible de rechercher la présence de l'albumine dans les urines, et en l'absence de ce critérium, nous ne pouvons, à cet égard, aller au delà d'une simple conjecture. Mais il est une autre explication tout aussi rationnelle que celle-ci, et qui, nous l'avouons, nous paraît plus vraisemblable. N'oublions pas que l'enfant dont il est question ici n'avait pas plus de huit mois : or, à cet âge, la peau est d'une impressionnabilité extrême, et le tissu cellulaire placé au-dessous d'elle reçoit énergiquement l'impression de toute irritation développée à la surface de celle-ci. Là est donc, si nous ne nous trompons, la véritable cause de l'anasarque que nous avons observée, et à laquelle la faiblesse de l'enfant l'avait d'ailleurs prédisposé. Nous avons dit que cet accident, en tant du moins que provoqué par l'application d'un vésicatoire, avait été vainement observé, si même il l'avait jamais été ; mais la science a enregistré un certain nombre de faits, rares aussi, mais réels, qui tendent à confirmer la vérité de l'expli-

cation que nous venons de proposer. Quelques médecins, en effet, ont signalé le développement d'un semblable accident, à la suite d'une irritation d'un autre mode artificiellement provoquée à la surface de l'enveloppe cutanée : nous voulons parler de l'irritation déterminée par l'application de la pommade stibiée. Comme ce fait est lui-même assez rare, puisqu'il est passé sous silence par des auteurs considérables, tels que MM. Trousseau, Pidoux et Cazenave, dans des travaux publiés par eux sur cet agent thérapeutique, qu'on nous permette, en finissant, de citer un cas de ce genre, que nous avons naguère observé.

Il s'agit ici d'une jeune fille de vingt à vingt-deux ans, qui souffrait depuis longues années d'une gastralgie qui dure encore. Consulté par elle, et plein des idées de Broussais, comme l'était alors tout médecin qui n'avait vu les choses que par la lunette du théoricien, nous n'hésitâmes point à voir là une bonne et franche gastrite chronique. En conséquence de ce diagnostic, nous prescrivîmes, outre un régime approprié, une révulsion énergique à la surface de l'organe malade, à l'aide de la pommade stibiée. Quels ne furent pas notre étonnement et notre désappointement tout à la fois, quand, quelques jours après le début de l'éruption pustuleuse, nous trouvâmes le visage de la malade devenu le siége d'un œdème énorme ! Cet accident avait suivi de trop près l'irritation révulsive, pour que nous dussions hésiter sur la détermination de la cause qui l'avait provoqué. Aussi nous hâtâmes-nous de suspendre l'emploi de la pommade et de calmer le mieux que nous pûmes l'irritation intempestive que nous avions développée. En peu de jours, l'irritation s'éteignit, et avec elle disparut peu à peu la suffusion séreuse qu'elle avait déterminée. Depuis lors, nous avons su que semblable mésaventure était arrivée à d'autres qu'à nous ; cela nous a consolé, et a concouru, avec notre expérience propre, à nous rendre plus réservé à l'endroit d'un agent thérapeutique qui a son danger, appliqué surtout sur une peau fine et blanche.

Par ces temps de médecine heureuse et toujours triomphante, il y a peut-être quelque mérite à dire ainsi ses revers; mais, à part ce mérite, qu'on nous accordera si l'on veut, notre franchise aura au moins l'avantage de toute vérité, celui de prémunir ceux qui courront la même voie que nous contre les erreurs qu'elle signale.

---

12. *Chloroforme. Bons effets de son emploi local dans le lumbago.*

(Archives générales de médecine, novembre 1848.)

Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur les re-

marquables effets topiques du chloroforme dans les cas de névralgies. M. Moreau vient d'en éprouver les bienfaits dans trois cas d'une affection qui s'en rapproche beaucoup : nous voulons parler du lumbago. Voici l'une de ces observations :

Decelle, infirmier, âgé de 54 ans, fut pris brusquement, vers le milieu d'août, d'un lumbago qui lui rendait impossibles même les mouvements les plus bornés de la colonne vertébrale. Le troisième jour de l'invasion, M. Moreau lui fit une application de chloroforme de la façon suivante : on étendit un plumasseau de charpie de la grandeur des deux mains sur un carré de taffetas gommé, plus large dans tous les sens, afin de maintenir le coton fixé sur la peau ; on versa 25 à 30 grammes de chloroforme sur la charpie que l'on appliqua anssitôt sur le point le plus douloureux. Au bout de cinq minutes, le malade ressentit une chaleur âcre et cuisante à la peau ; la respiration devint plus facile ; il put tousser sans douleur et se retourner sans difficulté dans son lit. Comme un partie des vapeurs anesthésiques s'était répandue dans son lit, Decelle commençait à s'endormir, quand on le transporta dans un autre lit tout préparé. Une heure après, cet homme se leva et se mit à danser de joie, dans sa chambre, d'avoir retrouvé la souplesse de ses reins aussi rapidement ; et il appréciait d'autant mieux les bienfaits de cette nouvelle médication, que dans un premier cas de lumbago dont il fut atteint sn 1813, pendant deux mois entiers, tous les efforts thérapeutiques furent infructueux pour le débarrasser de ses souffrances.

Dans les deux autres cas, le succès ne fut pas moins rapide, mais l'action locale du chloroforme fut plus énergique et détermina, non plus seulement la rubéfaction, mais la formation de vésicules qui se remplirent d'un liquide séro-purulent.

Malgré cette action assez énergique du chloroforme sur la peau, on n'hésitera pas à avoir recours à ces applications dans ces cas de lumbagos intenses qui ne permettent aucun mouvement au malade ; seulement, pour prévenir ce sommeil inutile, on pourra enduire les bords du carré de taffetas gommé avec une couche mince de collodion ; l'emploi de cette matière agglutinative non-seulement mettra le malade à l'abri des vapeurs somnifères, mais il permettra encore de se passer de toute espèce de bandage.

---

13. *Des effets du hachisch sur l'homme jouissant de sa raison, et sur l'aliéné ;* par M. Rech, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin en chef de l'asile public des aliénés de cette ville, etc.

(Annales médico-psychologiques, juillet 1848.)

La diététique (1) des aliénations mentales a fait d'immenses progrès depuis un demi-siècle. Pinel en posa les premiers fondements; médecin en chef de l'hospice de Bicêtre où étaient resserrés dans de sales cachots de nombreux aliénés, et doué d'un esprit généralisateur, il sut profiter de l'expérience de Pussin, surveillant depuis longtemps dans le même hospice, érigea en principes des observations qui étaient restées jusqu'à lui comme faits isolés, demanda au Comité de salut public et en obtint que les infortunés dont la santé lui était confiée fussent traités avec douceur, qu'on leur distribuât des soins en rapport avec la nature de leur maladie, et parvint ainsi à faire introduire des changements très favorables dans leur sort. Plus tard (an IX), il publia son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie,* et rendit un éminent service à l'humanité en instruisant les médecins qui, considérant encore la folie comme une infirmité peu digne d'exiger de leur part une attention particulière, ne visitaient les aliénés que lorsqu'ils étaient atteints d'une maladie accidentelle.

Esquirol, élève, bientôt émule de Pinel, prit place à côté de lui comme bienfaiteur des aliénés. Son esprit plus fin, plus observateur, lui permit de faire dans la Salpêtrière, où il était médecin, l'application large des principes que lui avait enseignés son maître. Il en vérifia l'exactitude, en ajouta de nouveaux ; jaloux de répandre sa spécialité médicale, il s'appliqua à la faire aimer des jeunes médecins qui l'approchaient, publia d'excellents articles dans les dictionnaires et dans les journaux sur les diverses

(1) Ce mot a été rayé du dictionnaire par les médecins de l'école physiologique, qui ont eu la prétention de rendre facile une science aussi compliquée que la médecine. Ils ont confondu la diététique avec l'hygiène, dont elle diffère toutefois essentiellement, celle-ci ayant pour but de conserver la santé, de prévenir les maladies, tandis que l'objet de la diététique consiste dans le traitement même des maladies en tout ce qui concerne la distribution des aliments, de l'exercice, du sommeil, la direction des passions, etc. Ainsi, quand pour les aliénations mentales l'hygiène n'a fait aucun progrès, puisqu'on ne sait pas les prévenir aujourd'hui mieux qu'autrefois, puisqu'on n'a pas même fait des recherches à cet égard, du moins d'une manière spéciale, on s'est beaucoup occupé au contraire, chacun le sait, et l'on s'occupe sans cesse des moyens d'améliorer le sort des aliénés, en leur procurant non-seulement ce qui est nécessaire à la vie, mais encore ce qui peut la leur rendre agréable et favoriser leur guérison.

parties de la science des aliénations mentales, fit enfin sur ce même sujet des leçons cliniques, et eut le bonheur de former de nombreux élèves qui, placés à la tête des grands asiles d'aliénés de la capitale, ou de ceux qui se sont élevés, dans la plupart des départements de la France, n'ont cessé de développer encore l'application des connaissances qu'il leur avait communiquées. Tant d'efforts réunis ne pouvaient rester infructueux ; aussi peut-on dire qu'aujourd'hui dans bien des asiles d'aliénés la diététique ne laisse rien à désirer.

Déjà les grandes règles qui la constituent avaient paru assez nombreuses et assez certaines pour être consignées, en 1838, dans l'ordonnance royale qui réglemente divers articles de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838. Cette ordonnance, quoique susceptible d'être perfectionnée, rend un juste hommage aux progrès de la science médicale en ce qui concerne les aliénations mentales, et accorde une autorité convenable aux médecins sur le personnel des aliénés dans les asiles où ils sont renfermés. Elle avait été longtemps sollicitée par Esquirol, et fut rendue enfin sur les nouvelles instances de M. Ferrus, qui, comme Esquirol, s'était formé à l'école de Pinel, à la Salpêtrière d'abord, plus tard à Bicêtre, dont il avait été nommé médecin en chef, et qui, inspecteur général des asiles d'aliénés depuis plusieurs années, continue avec zèle l'œuvre de ses prédécesseurs. La diététique des aliénations mentales est donc très-avancée.

On a fait assez fréquemment aussi des essais pour le traitement de ces maladies, mais tant s'en faut qu'on ait obtenu des résultats semblables ; on pourrait même, à la rigueur, dire que la thérapeutique à leur égard est encore à créer, puisque ni la matière médicale ni la chirurgie ne fournissent aucun remède auquel il soit permis d'avoir confiance dans des cas déterminés. Ce n'est pas que beaucoup n'aient été prônés : les anciens avaient foi dans l'ellébore et dans les purgatifs ; plus tard on employa avec grand succès, disait-on, les épispastiques, les antispasmodiques ; les exutoires de toute sorte eurent leur temps de faveur ; quant aux saignées, qui jouirent maintes fois d'une vogue extrême, elles n'ont pas été négligées de nos jours ; il n'est peut-être, en définitive, aucun remède actif qui n'ait été vanté, et pourtant tous ont été successivement abandonnés, ou ne sont plus prescrits par les médecins instruits et consciencieux que d'une manière tout à fait empirique avec le dessein d'amener dans l'économie un changement profond dont les effets restant imprévus peuvent être avantageux. Cette méthode est celle que suivent de nos jours les médecins livrés à la pratique ordinaire

des maladies, et à laquelle ont recours les médecins aliénistes eux-mêmes, mais seulement en désespoir de cause ; car il n'est plus douteux pour la plupart d'entre eux que ce soit surtout par l'application raisonnée du traitement moral, qui rentre dans la diététique, qu'ils obtiennent de vrais succès. Aussi est-ce en lui qu'ils placent leur première confiance, et ce n'est que lorsqu'il l'a trompée qu'ils recourent à la méthode dont j'ai fait mention, ou qu'ils se laissent diriger par des circonstances accessoires dans l'aliénation mentale qu'ils traitent.

Je dis que telle est la manière d'agir de la plupart des médecins aliénistes, ceux qui ont recours directement à des remèdes étant réellement en petit nombre. Cependant, comme parmi eux on compte des hommes d'une grande expérience et d'un mérite incontestable, je me suis toujours bien gardé de dédaigner leur opinion. Pour qu'ils aient confiance, il faut qu'ils aient obtenu des succès ; mais ces succès ont-ils été constants, ainsi qu'ils le prétendent ? C'est précisément ce que je conteste, tout prouvant le contraire. Que l'on consulte les statistiques publiées jusqu'à ce jour, l'on reconnaîtra que, dans les asiles d'aliénés dirigés selon les principes de Pinel et d'Esquirol, quels que soient les médecins auxquels est confié le traitement, qu'ils emploient ou non des remèdes actifs, et quels que soient ceux qu'ils préfèrent, les résultats pratiques sont semblables. Or, comme dans tous il y a une bonne diététique, qui comprend nécessairement un traitement moral sagement dirigé et qui est la seule condition commune, il est évident que c'est à elle qu'il faut rapporter les succès obtenus.

Mon opinion sur ce sujet me semble fixée aujourd'hui ; elle s'est formée à peu près dans une expérience de trente ans, et me trouvant placé à la tête d'un asile public renfermant dans ce moment 280 aliénés, ainsi que d'un asile privé où sont traitées des personnes sachant mieux exprimer les effets des remèdes qu'ils éprouvent, eh bien ! je suis fermement persuadé que presque toutes les guérisons que j'y ai obtenues au commencement des aliénations mentales, lorsqu'elles étaient simples et primitives, ont été amenées par le traitement moral, et, en conséquence j'ai toujours recours à la méthode rationnelle d'abord, c'est-à-dire que j'attaque directement le délire par la douceur, par la sévérité, en faisant diversion aux pensées qui préoccupent l'aliéné ou en lui imprimant une forte commotion morale. Sans doute j'échoue assez souvent en agissant ainsi, car les aliénations mentales, quoique primitives et simples, ne sont pas toujours, tant s'en faut, de facile guérison, et quelquefois même sont in-

curables ; mais comme la curabilité dans ces maladies existe surtout pendant les premiers mois, c'est pendant cette période que je préfère la méthode rationnelle. Lorsque le traitement moral a été inutile, alors seulement j'ai recours aux saignées, aux épispastiques, aux antispasmodiques, à l'application du froid, etc. Par ces moyens, j'ai obtenu aussi des succès ; mais ils ont été si rares, si variables, que je ne saurais les considérer comme résultat direct du traitement et avoir grande confiance dans les remèdes employés.

Néanmoins, quel que soit mon scepticisme sur leur efficacité, je reconnais qu'ils peuvent être utiles dans un certain nombre de cas ; l'expérience des autres et la mienne propre ne me l'auraient point enseigné, qu'il m'aurait suffi de réfléchir quelquefois sur les rapports intimes qui lient le physique au moral, pour arriver à une conviction. Je suis allé même plus loin sur cette question : je crois que, si les remèdes dirigés contre l'aliénation mentale procurent des résultats si peu avantageux, c'est que leur action n'a pas été suffisamment étudiée, l'expérimentation à leur égard ayant toujours été incomplète, ce que l'on conçoit facilement. Le médecin, qui traite des aliénés dans la pratique ordinaire, en voit un trop petit nombre, observe trop superficiellement pour arriver à des conséquences certaines ; et les médecins aliénistes, les seuls qui pourraient se flatter d'être plus heureux lorsqu'ils sont placés à la tête de grands asiles d'aliénés, ne tardent pas à être dégoûtés par les fréquents insuccès qu'ils éprouvent dans les commencements, ou sont effrayés à l'aspect du long temps que réclameraient de pareilles expériences. Ce sont là probablement les motifs qui ont empêché qu'aucun remède ait été soumis à des essais décisifs. Je n'excepte de cette propositiou générale que la saignée, qui, ayant été si souvent prescrite d'une manière systématique, s'est trouvée, sans intention, soumise à une expérimentation suffisante, et dont l'inefficacité, en tant que remède direct, ne saurait plus être contestée. Eh bien, ce qui a été fait pour la saignée, sans intention je le répète, je voudrais qu'on l'essayât sérieusement, pour tous les remèdes actifs, et surtout pour ceux qui ont une action connue sur le système nerveux. Il m'est impossible d'admettre que tous restent constamment inertes contre des maladies qui consistent principalement en un trouble des fonctions dont le cerveau est bien certainement l'organe essentiel. C'est là une pensée qui me poursuit depuis longtemps, et en conséquence de laquelle j'ai souvent résolu de me livrer à des expériences que j'avais le projet de continuer et de répéter de telle sorte, qu'il eût été im-

possible de conserver des doutes sur l'action des remèdes employés. Plusieurs fois je me suis mis à l'œuvre ; mais des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont toujours arrêté, et quoique pour le camphre, par exemple, j'aie recommencé à diverses époques, je n'ai jamais su atteindre le but que je m'étais proposé. Poursuivi par la même pensée, je cherchais toujours quelles étaient les substances qui ont une action plus directe sur le sens intime dans l'état normal, lorsque M. Moreau publia son *Traité du hachisch*. Les effets thérapeutiques qu'il mentionne doivent être considérés comme complétement nuls ; les quelques cas de guérison ou d'intermission qu'il consigne à la fin de son ouvrage ne prouvent rien en faveur d'un remède dont les aliénés n'avaient pris qu'une dose plusieurs mois avant d'avoir recouvré la raison ; mais les effets physiologiques, déjà connus d'ailleurs par l'usage que les Orientaux en font depuis longtemps, n'étant pas douteux, ce fut à l'idée d'expérimenter ce remède que je m'arrêtai défininitivement. La difficulté était de me procurer cette substance, ce qui me força de suspendre l'exécution de mon projet. Près de deux années furent perdues ainsi, et j'aurais été obligé de différer encore sans l'extrême obligeance de M. Aubanel. Ce médecin, connu par d'excellents écrits sur l'aliénation mentale qu'il avait étudiée spécialement dans les grands hospices de Paris, et qui se trouve placé depuis plusieurs années à la tête du grand asile d'aliénés de Marseille, dont il organise à peu près le service médical avec l'intelligence qui le distingue, était pressé, comme moi, par le désir d'apprécier l'action du hachisch. Profitant des relations fréquentes de la grande cité qu'il habite avec l'Égypte, il s'adressa directement à Clot-Bey qui lui en fit parvenir. Quoique ce qu'il en recevait fût en petite quantité, il s'empressa de le partager avec moi, et je m'occupai aussitôt de faire les expériences projetées.

M. Moreau a dit (1) : « C'est par moi-même et non pas seule-
« ment par le rapport d'autrui, que j'ai appris à connaître les
« effets du hachisch. Au reste, il n'y a pas deux manières de les
« étudier : l'observation en pareil cas, lorsqu'elle s'exerce sur
« d'autres, que nous-mêmes, n'atteint que des apparences qui
« n'apprennent absolument rien, ou peuvent faire tomber dans
« les plus grossières erreurs. Une fois pour toutes, et dès en
« commençant, je tenais à faire cette observation, dont nul ne
« contestera la justesse. L'expérience personnelle est ici le cri-
« térium de la vérité. Je conteste à quiconque le droit de parler

(1) *Du hachisch et de l'aliénation mentale, études physiologiques*, par J. Moreau, p. 4.

« des effets du hachisch, s'il ne parle en son nom propre, et « s'il n'a été à même de les apprécier par un usage suffisamment « répété. » L'injonction est formelle, je me suis permis cependant de ne pas m'y conformer. Obligé depuis plusieurs années d'éviter avec soin tout ce qui tend à favoriser les congestions cérébrales, je n'ai pas été tenté un seul instant de prendre du hachisch, et je n'en ai pas moins cru pouvoir parvenir à des résultats satisfaisants sur ses effets physiologiques et thérapeutiques. Ce ne sont point les ivrognes qui jugent le mieux l'action des liqueurs alcooliques ; les opiophages apprécient fort mal celle de l'opium, et les Orientaux, qui usent habituellement du hachisch et en abusent souvent, dit-on, en connaissent à peine les effets immédiats ; enfin , l'action d'aucun remède que je sache ne nous a été enseignée par les malades : pourquoi en serait-il autrement du hachisch ? Ce qui importe dans des cas semblables, c'est que ceux qui se soumettent à essayer un remède soient en état de rendre un compte exact de ce qu'ils éprouvent, et que ceux qui les observent apportent à tous les phénomènes qui se présentent une attention scrupuleuse, en même temps qu'ils sont libres de toute prévention. J'étais sûr de remplir la dernière condition ; je savais que j'observerais aussi attentivement que possible et sans autre désir que de connaître la verité. Quant à la première, je n'étais plus embarrassé, je ne doutais pas qu'il me serait facile de trouver des jeunes gens qui me présenteraient des garanties suffisantes. Je n'eus, en effet, qu'à m'adresser à quelques-uns des élèves qui suivent ordinairement mes visites dans l'asile public des alienés, et huit s'offrirent aussitôt. Je les divisai en deux séries : les quatre de la première prirent le hachisch dans une séance, tandis que les quatre de la seconde les observaient. Peu de jours après, la séance fut répétée et les rôles intervertis. Ceux qui étaient sous l'influence du hachisch rendaient compte des sensations qu'ils éprouvaient, des idées qui traversaient leur esprit ou de celles qui s'y fixaient ; les autres tenaient note de ce qui leur était dit, et des phénomènes qu'eux seuls pouvaient distinguer. J'assistai moi-même aux deux séances, M. Lordat fut témoin de la première ; M. Boyer y vint pendant quelques moments. Peu de jours après que les huit jeunes gens eurent pris le hachisch, ils se réunirent pour se communiquer mutuellement, d'une part les sensations qu'ils avaient éprouvées, et de l'autre les diverses circonstances qu'ils avaient observées et qui leur avaient échappé quands ils se trouvaient sous l'influence du remède. Chacun d'eux fit la relation de son expérience : toutes furent lues dans une une réunion générale, furent discutées en

ma présence, et réunissent ainsi tous les caractères de l'exactitude et de la vérité. Je les ai relues plus tard avec soin; elles sont écrites avec netteté, souvent avec élégance; elles seraient lues avec plaisir, et je désirerais, pouvoir les rapporter en entier; mais elles contiennent des détails plus amusants qu'instructifs, les bornes prescrites pour un article de journal me commandent d'être court, et, en conséquence, je me contente d'en extraire les passages les plus importants. Je vais les consigner ici; j'en déduirai ensuite les conclusions qui me semblent en rapport avec le but que je me suis proposé.

Obs. I. — M. B. Dunal, âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, de taille élancée, d'une bonne constitution. « Les effets sont prompts mais rémittents; les symptômes disparaissent par intervalles pour se reproduire avec plus d'intensité; bientôt, pâleur de la face, léger tremblement de la tête, faiblesse dans les jambes; calme de dix minutes; retour des mêmes symptômes, constriction à l'œsophage, froid aux extrémités, affaissement complet. Je ne tarde pas à me livrer à des éclats de rire, qui durent une demi-heure et me laissent une violente envie de vomir.

« Ce rire, qui est bientôt contagieux pour mes camarades, me fait craindre pour ma raison : je m'empresse de le faire remarquer. Par un effort de ma volonté, je parviens à me lever; mais, au milieu de mes éclats de rire continuels, je suis obligé de me cramponner aux meubles qui m'environnent.

« Point de sensations, point d'idées agréables qui aient pu provoquer ce rire. Etait-il tout simplement convulsif comme vers la fin, ou bien etait-ce la vue de mes camarades, que je croyais être dans un état pareil, qui me réjouissait ? Je n'ai aucune idée fixe à ce sujet, et ne saurais encore aujourd'hui me prononcer.... Après les éclats de rire, envies de vomir qui se dissipent bientôt, frissons très-intenses qui me forcent à m'allonger.... Moments de calme.... Nouveaux rires. Mon hilarité est augmentée quand je vois un de mes amis soumis comme moi au hachisch; ma joie se communique. Interpellé par M. Lordat sur les causes de cette joie, je crois devoir les attribuer à des idées moqueuses qui me traversaient l'esprit, sans que j'eusse la force ou plutôt le courage de les exprimer. Je me les rappelle très-confusément; elles ne me paraissent pas de nature à provoquer mes éclats de rire; d'ailleurs elles ne me sont survenues que quand j'étais allongé.

« A dix heures, j'éprouve une surexcitation semblable à celle qui est occasionnée par de trop nombreuses libations. Je vante

les effets divins du médicament ; j'ai envie d'aller habiter le Caire ou le Hachisch, s'il y a un pays de ce nom ; je m'écrie que les Orientaux sont heureux !..... Du reste, mes idées sont libres : un seul moment je m'embarrasse sur la nomenclature métrique, mais je ne tarde pas à revenir de mon erreur, j'ai honte de mon ignorance.... J'essaie de lire les journaux, cela me fatigue ; ma tête est lourde, mes membres pesants, mes yeux injectés ; je m'allonge sur un canapé et suis bientôt plongé dans un affaissement profond, je ne dors pas cependant ; quoique mes idées soient incohérentes, je reconnais les personnes qui m'environnent.

« Vers trois heures après midi, l'affaissement diminue, je vais dans le jardin, et un air vif le dissipe complétement.... Nouvelle envie de vomir en voyant M. Cavalier rendre le médicament qu'il a pris le matin.

« A six heures, je me sens tout à fait libre et dîne avec appétit. Jusqu'alors le temps m'avait paru excessivement long. »

Obs. II.—M. Garimond, d'un tempérament sanguin, de constitution et taille moyennes. « Bientôt quelques-uns de mes amis soumis à l'action du hachisch se livrèrent à des éclats d'un rire fougueux qui provoquèrent mon hilarité. Je crus observer que mon rire était très-modéré. Cependant quelques bouffées vertigineuses me montaient à la tête ; je me sentis moins ferme sur mes jambes. Ces bouffées passées, je rentrai dans mon état normal.

« A neuf heures, mon état s'aggravant, je voulus essayer de lutter et de faire dissiper, s'il était possible, les quelques vertiges que j'éprouvais. J'allai sans chapeau m'exposer, en me promenant rapidement, au soleil et à un vent frais et violent. Cet exercice me faisait du bien ; si je m'arrêtais ou si j'entrais dans une pièce fermée, je sentais les vertiges reparaître : je continuai donc à me promener et à marcher violemment.

« Vers onze heures, l'extrémité du pied gauche devint pesante et me semblait clouée au sol ; au lieu d'aider et de pousser le membre en avant, le pied, aussi inerte qu'une masse de plomb, dut être entraîné par les muscles de la jambe. Cet état se dissipa bientôt, mais le membre se paralysa de nouveau et cette fois en entier. Les muscles de la région postérieure du cou furent atteints d'une contraction douloureuse ; la lutte devint impossible. L'autre membre s'appesantit, les idées se brouillèrent, le vent hurla à mes oreilles, le sol fuit sous mes pas. Je continuai cependant à marcher, mais non pas tout à fait volontairement. J'avais l'habitude d'un mouvement, il m'en coûtait beaucoup plus de le

changer pour aller me coucher que pour continuer à marcher. Je voulus me diriger vers l'intérieur de la maison, mais ma pensée, ma volonté ne se transmirent pas à mon corps : je continuai à marcher jusqu'au moment où je tombai de fatigue. J'avais vu venir cet accident et n'avais pu l'éviter.... Mes idées perdirent de leur netteté ; je me suis surpris chantant, et me voilà saisi aussitôt d'un rire inextinguible, convulsif, qui n'était nullement en rapport avec l'idée plutôt triste que gaie qui en était le point de départ. Je fus plus sûr de mes sens ; je dis quelques mots à un des assistants, puis revenant à lui dans ma promenade périodique, je lui demandai s'il était bien vrai que je lui eusse dit telle chose, que j'eusse fait tel geste ; mes oreilles frappées par le son de ma voix ne m'en avaient pas laissé un souvenir fidèle ; mes yeux avaient vu les gestes, mais rien n'était resté gravé solidement dans ma mémoire. Enfin, accablé de fatigue, je pris une forte résolution et allai me jeter sur une banquette. Dès que je me trouvai en repos, la chaleur monta graduellement à la face, les artères carotides et temporales battirent avec force ; pas de sueur ; les membres inférieurs étaient dans une révolution complète. Les idées abondaient, mais ne prenaient aucun caractère remarquable ; l'envie de parler survint, et pendant un moment je me laissai aller à un flux de paroles. Cet état, qui ne dura pas une demi-heure, me parut d'une longueur interminable. Je retombai dans la torpeur ; mes idées étaient suivies, mais je ne pouvais les transmettre avec liaison que lorsqu'une impression un peu forte venait me secouer. Je ressentis quelques mouvements convulsifs du pied et de la main gauche, une douleur à l'épigastre avec sensation de constriction qui augmentait par le bruit d'une porte fermée avec violence. Bientôt elle se déplaça, se réfugia dans la colonne vertébrale, descendit à l'ombilic, et enfin au bassin où elle se dissipa. Tous ces symptômes cessèrent ; il ne me resta que de la torpeur, qui ne survint que par intervalles. Je me rendis chez moi ; la nuit fut bonne ; le lendemain j'étais bien ; le surlendemain et les jours suivants, fièvre qui présenta le caractère intermittent, avec chaleur et douleur très forte à la tête, et se termina au bout de cinq jours, laissant après elle un eczéma labial. »

Obs. III. — M. Clément, tempérament bilioso-nerveux, taille moyenne, forte constitution. « A huit heures, j'éprouvai des vertiges, j'étais pour ainsi dire plongé dans l'ivresse : on eût dit un homme lorsqu'il est dans sa chambre sur le point de se coucher la nuit, la tête échauffée par les boissons, les bougies étant éteintes. Bientôt l'hilarité commença et continua jusqu'à

neuf heures sans que je pusse retenir un rire fou. A neuf heures, un sentiment de pesanteur se fit sentir dans tous mes membres ; ma paresse était si grande, qu'il me faisait peine de remuer les bras ou les jambes ; si je voulais faire un pas, il me semblait que je marchais dans la neige. Assis sur un canapé, j'étais dans un état de béatitude : je voyais devant moi sérails et pachas. A dix heures, je ne croyais plus tenir à la terre : j'étais si léger, que le vent me dirigeait à son gré. Je me rendis dans le jardin ; j'étais suspendu dans l'atmosphère, et cependant, dans la crainte de me trouver lancé dans l'espace, je pris un point d'appui contre une muraille ; puis je perdis complétement la raison. Un peu plus tard, j'entrai dans un rêve charmant ; je me couchai par terre, pouffant de rire. Des infirmiers me transportèrent dans un lit : il était à peu près onze heures. Mon songe ne fut pas interrompu : il était délicieux. Je me trouvai chez moi, dans un bosquet de hêtres et de chênes, la terre couverte de gazon, émaillée de mille fleurs de diverses nuances ; ici je voyais des bœufs, des moutons, des agneaux qui bondissaient ; là des hommes qui coupaient du bois. Le bruit de leurs instruments me préoccupait beaucoup : j'avais principalement dans les oreilles le cri de la scie ; je suivais même avec mon corps le mouvement des personnes qui la faisaient manœuvrer. Plus loin, j'apercevais ma sœur qui se promenait, avec un grand nombre de ses amies. C'est en ce moment que je fus interrogé par M. Rech, dont la présence en ces lieux, ainsi que celle de M. Lordat, me parut extraordinaire et me fit bien rire ; elle me rappela que j'avais gardé dans ma poche une pastille de hachisch, et alors de me moquer de mes camarades qui les avaient toutes prises. Leurs questions me fatiguaient : elles transportaient mon imagination, tantôt à l'Asile public des aliénés où je voyais ceux qui m'avaient le plus vivement impressionné, tantôt à la maison de santé de M. Rech ; mais je revenais toujours à mon bosquet, et la présence des professeurs de Montpellier dans ces lieux me faisait pousser de nouveaux éclats de rire. Un peu plus tard, je fus pris d'un tremblement nerveux ; de nouvelles idées me traversaient l'esprit : c'étaient des perdreaux qui grimpaient sur les collines et que je poursuivais ; c'étaient des chevaux que je faisais courir et que j'excitais des pieds et des mains : cette manœuvre me fatigua tellement, que je m'endormis d'un profond sommeil. Je m'éveillai à cinq heures, j'avais les membres brisés ; je restai sur le lit jusqu'à sept heures. Je pus alors me rendre chez moi ; je reposai fort bien pendant la nuit. Le lendemain je suivis mes habitudes, toutefois je conservais une légère tendance au sommeil. »

Obs. IV. — M. H. Quatrefages, tempérament sanguin-nerveux, bonne constitution, taille moyenne. « Pendant trois heures je n'éprouvai aucun effet du hachisch ; au bout de ce temps, je me sentis pris d'une envie de rire que j'aurais été dans l'impossibilité de vaincre, mais à laquelle je n'essayai point de résister. Le rire augmenta encore ; je voulus entrer dans le salon, la marche était mal assurée, les objets semblaient vaciller autour de moi, et ma main gauche me parut changée de place. A peine étais-je couché sur un canapé, que je me livrai à un gaieté folle, et que j'exprimai à chacun combien j'étais content d'avoir pris le hachisch et de voir qu'il avait agi sur moi. Que c'est drôle! m'écriai-je. Bientôt des idées sans nombre se présentèrent à mon esprit, si fugitives, que je ne pouvais les saisir et que je n'ai pu me les rappeler. Je me comparai à Fulcrand, idiot de l'hôpital ; il m'est impossible de dire comment j'étais arrivé à faire une semblable comparaison. Je fis inutilement des efforts pour me retrouver au milieu du dédale où se perdait ma pensée, que j'étais loin de pouvoir toujours exprimer. Que c'est bête! disais-je, je ne puis rien me rappeler; on croit que j'ai une idée et je n'en ai pas... Je ne pourrai jamais rapporter tout ce que j'ai vu ; je regrettai en ce moment d'avoir pris le hachisch et de ne pouvoir noter les phénomènes qui survenaient, mais je m'en consolai pensant que l'on écrirait mon histoire. Malgré ce trouble de mon esprit, je n'étais point étranger à tout ce qui se passait autour de moi : je me rappelle avoir imposé silence parce que j'avais entendu du bruit, et avoir été si content de la manière dont je l'avais fait, que je me comparai à Napoléon. Je cherchai à me mêler à la conversation, mais j'ai oublié ce qui en faisait le sujet. Je me rappelle cependant m'être permis d'avoir raillé quelques-uns de nos professeurs et plusieurs personnes qui étaient autour de moi... Le temps me paraissait très-long. Quelqu'un m'ayant demandé depuis quand j'étais dérangé, je répondis trois quarts d'heure, ce qui était assez exact, parce que me méfiant beaucoup de mes sensations, je n'avais pas dit toute ma pensée. Ma bouche était sèche, je demandai à boire, on m'offrit de l'eau, et bien que j'eusse l'intime conviction que ma question était absurde, je ne pus m'empêcher de demander s'il n'y avait pas du poison. Des idées sans nombre se succédaient rapidement dans mon esprit, et cependant je persistai à croire que je n'en avais pas. Je jugeai pourtant assez bien ce qui se passait autour de moi : un de mes amis ayant eu envie de vomir, je donnai ordre au domestique de lui soutenir la tête et de lui donner à boire, je lui témoignai combien je prenais part à sa souffrance, et bien que cela me

causât de la peine, je ne pouvais m'empêcher de rire. Bientôt grande loquacité, idées ambitieuses ; je me comparais à M. de Boissy montant à la tribune pour discuter sur toutes les questions et faisant rire les autres pairs ; puis je riais de la singularité de cette comparaison, et il ne me semblait pas impossible de devenir député, pair de France, ministre, roi, peut-être, même plus. Je fus tourmenté de nouveau par une soif ardente : ma langue se collait au palais, et je crus un moment que j'allais être asphyxié : un peu d'eau calma cette sensation désagréable, la seule que j'eusse éprouvée depuis que j'avais pris le hachisch. A une heure, je sentis le besoin de vomir, et je ne rendis que l'eau que je venais de boire. J'éprouvai alors une sensation assez extraordinaire : il me semblait qu'un grand poids pesait sur le sacrum et que mes deux hanches allaient s'écarteler ; cependant je ne souffrais pas ; la soif persistant, on me donna à boire de nouveau et je m'endormis. Mon sommeil fut calme. En me réveillant, je fus fatigué ; il y avait du trouble dans mes idées, le temps me paraissait très long : j'eus encore quelques moments de loquacité. A huit heures et demie on m'engagea à aller me coucher et je m'empressai de le faire. La nuit fut calme, je me levai seulement une fois pour boire. Le lendemain je me croyais sous l'influence d'un rêve ; je ne pouvais me livrer à aucune occupation ; si je lisais, je n'attachais aucune idée à ce que je lisais. Je sortis, et il me sembla que je n'étais pas passé dans les rues depuis plusieurs jours : les objets que je voyais ne me semblaient point réels ; les sons ne me parvenaient que d'une manière confuse ; quand je parlais, il me semblait que ma voix était autre qu'elle était réellement. Je comparai cet état à celui dans lequel je m'étais trouvé pendant les premiers jours d'une convalescence d'une fièvre typhoïde dont j'avais été atteint deux ans avant. J'avais pris le hachisch le jeudi : mon état persista le vendredi et le samedi ; le dimanche matin seulement, je me retrouvai dans mon état naturel. »

Obs. V. — M. Martin, Espagnol, d'un tempérament bilioso-nerveux, taille moyenne, d'assez bonne constitution. « Après avoir pris le hachisch, je fus pendant quelques heures me promener et jouer au billard ; vers onze heures, je commençai à sentir de légers tiraillements dans les muscles de la région antérieure de la cuisse, ils furent passagers et je ne sentis plus rien, seulement j'avais la bouche mauvaise et j'éprouvais une soif assez vive. Trois heures après, je sentis une grande pesanteur de tête, de la faiblesse dans les jambes ; mon pouls était fréquent, ma peau sèche et froide ; par moments j'étais tourmenté par des

tiraillements en zigzag qui, partant de l'extrémité des orteils, venaient retentir dans le centre nerveux, et qui étaient en tout semblables à ceux de l'électricité. Je restai dans cet état, observant tranquillement ce qu'éprouvaient mes camarades, jusqu'à ce que la pesanteur de tête augmentant, ainsi que l'abattement de mes forces, je me couchai sur un lit. Il me semblait être sous l'influence d'une machine électrique, par la fréquence des tiraillements qui se répétaient sans cesse et qui me plaisaient extrêmement. Les souvenirs de ma famille occupaient mon imagination ; j'étais maître de mes idées, sans aucune exaltation, ce qui me faisait penser que le hachisch, quoique me tenant dans un état tout à fait hors de l'ordinaire, n'avait pas produit sur moi ses effets habituels, ce que j'attribuai surtout à mon tempérament essentiellement bilieux et à ma constitution peu délicate. A six heures du soir, je n'éprouvai que de la fatigue, qui se dissipa par le sommeil de la nuit. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

14. *Coup d'œil sur les indications curatives du choléra asiatique ; effets de la saignée au début de la maladie ;* par M. Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Bulletin général de Thérapeutique, octobre 1848.)

Au moment où le choléra nous menace d'une invasion prochaine, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil rétrospectif sur sa première agression, de faire un inventaire des moyens employés alors pour le combattre.

La publication de notes que j'ai conservées sur l'épidémie de 1832 me semble offrir un intérêt de circonstance. Je les livre à l'appréciation des médecins, qui ne tarderont pas malheureusement à pouvoir en contrôler la vérité.

Préciser les indications curatives de cette formidable maladie ; faire ressortir les avantages des émissions sanguines contre l'asphyxie qui en est un des principaux éléments, tel sera le but de ce travail (1).

Confessons d'abord notre ignorance absolue *de la cause* du

(1) M. le docteur Willemin, dans le travail qu'il a publié (*Bulletin de thérapeutique*, n° du 30 octobre dernier), parle des heureux résultats de la saignee pratiquée pendant la période prodromale du choléra, quand à l'agitation générale se joignent la fréquence et le développement du pouls. Il a même vu la maladie être en quelque sorte enrayée par la saignée, quand déjà les symptômes étaient déclarés. Il rappelle que M. Monneret (*Bulletin de thérapeutique*, t. XXXIV, p. 225), dans l'épidémie de Constantinople, a vu souvent la saignée, contre laquelle il était prévenu, produire de bons effets. Ces observations viennent à l'appui de celles que j'ai pu faire dans ma modeste pratique de l'année 1832.

choléra. Toutes les hypothèses plus ou moins spécieuses avancées sur son étiologie, depuis les insectes cholérigènes jusqu'à la perturbation des puissances électriques, toutes sont frappées de nullité au point de vue pratique. La nature du choléra nous échappe, comme celle de la plupart des maladies spécifiques dont nous ne pouvons atteindre la cause, et que nous sommes réduits à combattre dans leurs effets.

Nous n'avons à opposer au choléra aucun moyen préventif. S *vaccine* est encore à découvrir. Toute sa prophylaxie réside dans une bonne administration de l'hygiène. Cependant si l'on peut déduire de la ressemblance physionomique de deux maladies une analogie de cause, on serait conduit à attribuer aux préparations de quinquina une vertu préservatrice : car entre la fièvre pernicieuse algide et le choléra asiatique, il y a grande analogie de symptômes. L'expérience peut être tentée sans inconvénient.

Si nous n'avons à opposer au choléra d'autre médication préventive que des soins hygiéniques , nous n'avons pour le combattre d'autres armes que celles que nous fournit la thérapeutique générale. Nous n'avons pas plus de remède curatif que de remède préventif ; et quand même ce remède existerait ; quand, avec lui, nous pourrions atteindre la cause de la maladie, comme on croit atteindre celle de la syphilis avec le mercure ; en présence de la maladie constituée, nous n'aurions pas moins à nous occuper des désordres matériels qui en sont le produit ; car ces désordres, pris isolément, suffiraient pour constituer des états morbides les plus graves. Nous n'avons donc pas à nous occuper de la cause inconnue et peut-être fugitive du choléra. C'est dans les indications fournies par les phénomènes principaux, et les altérations anatomiques, que l'on trouvera les éléments d'un traitement rationnel.

Pour bien saisir ces indications, il est nécessaire de rappeler en peu de mots les principaux traits du choléra.

Les phénomènes dominants sont les évacuations, ou mieux l'exhalation gastro-intestinale, le refroidissement du corps, l'accumulation du sang dans le système veineux, et une asphyxie plus ou moins rapide, une débilitation croissante, des phénomènes nerveux ; dans le sang, soumis à l'analyse, une diminution de l'eau, de l'albumine, de la fibrine, avec déperdition des sels ; une prédominance de la matière colorante, de carbone pur, avec épaississement et consistance plus grande de ce liquide, et diminution notable de son affinité pour l'oxygène, ce qui annule à peu près la fonction respiratoire.

Ces modifications dans la composition chimique du sang

sont précisément représentées par les exhalations intestinales, dont le produit est chargé des matériaux qui sont en moins dans ce liquide. La surabondance de carbone étant due à la cessation de l'hématose pulmonaire et à la suspension de la sécrétion biliaire, on conçoit, pour le dire en passant, combien est favorable, d'après cela, la réapparition de la bile dans la matière des évacuations.

Sur le cadavre, abstraction faite des lésions secondaires, ce qui domine encore c'est la surcharge du système veineux ; les veines abdominales sont parfois distendues au point qu'il s'est formé des ecchymoses sous-péritonéales et sous-muqueuses ; que la muqueuse intestinale a exhalé du sang en nature ; les veines cérébro-spinales, cardiaques, sont distendues comme celles des membres et des poumons, qui sont sujets à un engorgement hypostatique, à une infiltration séro-sanguinolente. La congestion veineuse, en un mot, est la lésion principale et constante; les autres lésions sont toutes plus ou moins secondaires.

Ayant surtout pour but, dans cet article, de mettre en évidence les bons effets des émissions sanguines, je laisse momentanément de côté, pour ne m'occuper que de la congestion veineuse, les autres caractères du choléra. Après avoir justifié, en théorie et en pratique, la médication déplétive, j'aborderai les autres indications.

1° Au point da vue de l'asphyxie, la saignée est applicable au choléra, dans des limites que je tâcherai de préciser, comme à la plupart des affections dont l'anhématosie, avec congestion veineuse, est le caractère anatomique.

2° La circulation a d'autant plus de tendance à s'affaiblir, à se ralentir ; l'engouement veineux s'établit d'autant plus facilement, que la disproportion entre les *forces motrices* et le liquide à mouvoir est plus grand.

Or, il est évident que, dans le choléra, les *forces motrices* du sang sont affaiblies. Le cœur est impuissant à en soulever la masse, et, comme il participe lui-même à l'asphyxie toujours croissante, il s'affaiblit de plus en plus, et la congestion veineuse augmente.

Pour rétablir entre le *moteur* et le *mobile* un équilibre nécessaire à l'entretien de la vie, il faut proportionner la résistance de l'un à la puissance de l'autre ; diminuer la masse du second, en stimulant l'action du premier ; dégorger les vaisseaux, exciter le cœur,

De la déplétion vasculaire résulte imédiatement le retour des parois veineuses sur elles-mêmes, une circulation plus facile

dans les gros vaisseaux, une pression moindre de la colonne sanguine sur le système capillaire, et plus de liberté dans la progression du sang qui le traverse.

Les effets physiques de la saignée sont donc immédiatement favorables au rétablissement de la circulation. Ce n'est pas tout.

3° Les expériences de M. Magendie ont aussi établi l'influence, sur l'absorption capillaire, de la réplétion ou de la vacuité des gros vaisseaux, l'absorption s'exerçant en raison directe de la vacuité, et inverse de la plénitude. En facilitant la circulation capillaire, la saignée favorise aussi l'absorption des liquides ingérés dans l'estomac, et la rentrée dans le sang de son élément de fluidité.

4° L'*exhalation cholérique* peut être considérée comme une hémorrhagie gastro-intestinale. Or, dans les hémorrhagies, la saignée est souvent le meilleur moyen hémostatique. C'est encore un argument en faveur de cette médication dans le choléra.

5° Le sang accumulé dans les veines est inutile à l'entretien de la vie. Il encombre les organes et s'oppose mécaniquement au libre exercice de leurs fonctions ; on peut même affirmer qu'avec les qualités nouvelles qu'il a acquises, son artérialisation étant plus ou moins complétement suspendue, on peut affirmer, dis-je, qu'il a sur les organes une action délétère, asphyxiante, hyposthénisante. Nouveau motif pour que l'on en diminue la masse, afin de rendre plus facile l'action pulmonaire sur lui.

6° L'épaississement du sang est un obstacle à sa progression. Un des effets de la saignée est de le rendre plus fluide. Ceux qui ont l'habitude de pratiquer la phlébotomie ont dû souvent faire la remarque suivante : le sang coule d'abord épais et avec difficulté ; puis il devient graduellement plus clair et coule par un jet, quelquefois saccadé, vers la fin de l'opération.

7° Les effets *dynamiques* de la saignée, en général, ne sont pas moins favorables à l'emploi du moyen dans le choléra. A la saignée, suivie d'un état syncopal plus ou moins prononcé, succède un état sudoral ; froide d'abord, la sueur ne tarde pas à s'échauffer, le pouls se relève, et l'on voit s'établir bientôt une *réaction* plus ou moins vive. C'est à l'établissement de cette réaction que tendent tous nos efforts thérapeutiques dans le choléra. Le moment qui suit la saignée est favorable à sa production ; elle n'a besoin que d'être excitée, chauffée, soutenue.

8° Parmi les accidents secondaires du choléra, les congestions locales, qui se montrent souvent durant la période réactionnelle, sont de ceux dont on a le plus à craindre. On conçoit l'avantage des émissions sanguines pour les prévenir, quand le sang est en

stagnation dans le système veineux : et pour les combattre, quand à l'équilibre rompu entre les puissances circulatoires et la masse du sang doivent succéder, l'action du cœur se relevant, une inégale répartition de ce liquide, et des congestions actives.

9° Mais n'a-t-on rien à craindre d'un état syncopal, succédant à la saignée, chez un malade si profondément débilité ?

A cela je répondrai que la débilitation cholérique n'est pas un effet d'*anémie*, puisque le sang encombre les vaisseaux ; mais bien le produit d'un état asphyxique, et que la perte d'un sang inutile ou même nuisible ne doit véritablement pas avoir de fâcheux résultats.

Si de cette vue théorique j'en appelle à l'expérience, je dirai qu'ayant souvent pratiqué la saignée chez des cholériques algides, je n'ai jamais vu survenir aucun accident fâcheux, pendant la syncope assez fréquente en pareil cas. Les frictions stimulantes, les vapeurs excitantes dirigées vers les ouvertures nasales ; la position horizontale du corps et l'élévation des membres, afin de diriger vers le cœur un peu de sang ramené au centre par son propre poids ; les sinapismes, etc., suffisent pour mettre promptement un terme à la syncope ; puis vient la réaction.

Mais quand doit-on pratiquer la saignée ? *Le plus près possible du début de la maladie.* Il ne faut pas attendre que le pouls soit sufflaminé, la circulation éteinte. Je n'ai jamais hésité à agir quand le pouls conservait encore *le volume approximatif d'une plume de corbeau*, quelle que fût, d'ailleurs, la gravité des autres symptômes. J'ai presque toujours poussé l'émission du sang jusqu'à un commencement de syncope.

Quand, en raison de la faiblesse antérieure du malade, de la prostration cholérique extrême, ou de la répugnance des malades, je me suis abstenu de la saignée générale, j'ai eu recours à la saignée anale ou épigastrique. La première, en vidant le système de la veine-porte, rompt une des conditions de l'exhalation exagérée de la muqueuse digestive. L'autre agit à la fois sur l'estomac, le foie, le diaphragme et le cœur, dont elle décharge les vaisseaux ; et elle combat avantageusement un des symptômes les plus pénibles pour les malades, le sentiment de douleur, d'ardeur, de constriction épigastrique. Par suite de cette exonération locale, les organes dont il vient d'être question se trouvent mieux disposés pour rentrer dans leurs conditions d'activité normale.

Mais, dira-t-on, à quoi bon la saignée contre une maladie qui n'est rien moins qu'inflammatoire ? — Elle n'est pas inflamma-

toire, c'est un fait ; mais elle est congestive, et c'est pour cela que la saignée peut avoir des résultats immédiats.

Il est bien entendu que je ne veux pas préconiser la saignée au détriment des autres moyens thérapeutiques. La saignée n'est point une panacée du choléra. C'est un moyen dont la concurrence avec d'autres favorise la *réaction*. Elle atteint un but, remplit une indication ; les autres indications restent intactes.

J'en appelle maintenant de la théorie aux faits ; me proposant de ne formuler les autres indications qu'après avoir démontré l'efficacité de la saignée.

Mon intention n'est pas, toutefois, de multiplier les observations ; je me bornerai à deux seulement, auxquelles j'aurais pu en ajouter plusieurs autres, ayant entre elles beaucoup d'analogie; mais, précisément en raison de cette analogie, j'ai pensé qu'il suffisait d'en présenter un spécimen. Je dois avouer, cependant, que ces faits ne seraient pas assez nombreux pour servir de base à un relevé statistique, et mettre les avantages de la saignée à l'abri de toute contestation : telle n'est pas du reste mon intention ; les faits que je possède, corroborés d'ailleurs par l'observation d'habiles médecins, qui ont pu récemment étudier le choléra, me donnent confiance en cette médication ; j'appelle sur elle l'attention des praticiens, mais je n'oserais la présenter, quand il s'agit d'une aussi formidable maladie, comme un moyen auquel on doive recourir sans ménagement ni réserve.

Le premier cholérique, auquel j'ai donné des soins lors de l'épidémie de 1832, était un homme de soixante ans euviron, fort, pléthorique, sujet aux bronchites asthmatiques. J'ai vu, chez ce malade, les accidents marcher avec une effrayante rapidité ; j'ai vu l'asphyxie s'établir, le pouls s'effiler et la mort arriver, dans l'espace de quelques heures, sans que j'aie osé, devant ce refroidissement glacial, cette prostration extrême, recourir à la saignée, que j'étais cependant tenté de pratiquer.

Plus hardi chez les malades suivants, et prenant pour règle la recommandation du père de la médecine, *remedium melius anceps quam nullum*, j'ai tenté l'emploi des émissions sanguines, et j'en ai presque toujours obtenu de bons résultats.

Les deux observations qui suivent donneront une idée de cette médication.

Obs. I. — Mme L., garde-malade, âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, sujette à éprouver des accidents inflammatoires, tels que rhumes, érysipèles, ophthalmies, avait eu la grippe en 1831.

Elle avait (avril 1832) depuis plusieurs jours une diarrhée séreuse, qui, paraissant d'abord le matin, se renouvelait ensuite le soir, et même plusieurs fois dans la journée, sans coliques.

Elle passa deux nuits près d'un malade, et se fatigua, pendant plusieurs jours, plus que de coutume.

Pleine de courage et d'activité, elle s'effraya peu d'abord du danger de l'épidémie ; cependant, elle ne fut pas sans concevoir quelques craintes, surtout le 7 avril au matin. Elle entendit, ce jour-là, parler d'un jeune homme qui, après avoir eu comme elle le dévoiement pendant plusieurs jours, avait été, la nuit précédente, atteint du choléra. — Son devoiement augmenta. Je lui conseillai la diète ; un cinquième de grain d'opium toutes les deux heures, de l'eau du riz pour boisson. L'opium, n'étant pas supporté par l'estomac, fut discontinué après la seconde prise. Notons ici que, malgré mes conseils et mes instances, Mme L. se nourrit, pendant qu'elle avait la diarrhée, de soupes aux herbes et à l'oignon, de salade, etc. Elle avait même mangé, la veille, une salade de pissenlits. Le matin, elle avait mangé un potage au riz, qui avait passé difficilement.

Le 7 avril au soir, elle va plusieurs fois à la garde-robe, est prise de frissons, de vertiges, vomit plusieurs fois ; éprouve de l'anxiété, de la difficulté de respirer ; elle cherche de l'air frais ; tout son corps est froid ; le pouls est presque effacé, d'une lenteur remarquable.

Je la fais placer dans un lit bien chaud ; on la couvre de linges chauds, continuellement renouvelés ; on lui donne du thé pour boisson.

La malade se réchauffe un peu, sent une légère moiteur, passe la nuit sans autres accidents. Mais vers sept heures du matin, le 8, les selles se renouvellent en abondance, les vomissements se reproduisent ; les matières rendues ne sont qu'une eau trouble, *une décoction de riz*. Des crampes se manifestent dans les membres inférieurs. Le pouls, qui s'est un peu relevé pendant la nuit, faiblit de nouveau. Il est lent, donne tout au plus 50 pulsations par minute. La peau est froide partout. La langue est froide, blanchâtre, humide ; soif vive. Face grippée, paupières enfoncées, bleuâtres ; lèvres bleuâtres. Un pli fait à la peau, pincée entre les doigts, s'efface lentement. La voix est faible et un peu enrouée ; douleur vive au bas du sternum, oppression. (*Saignée de 3 palettes.*) Syncopes répétées, dont je tire la malade en frictionnant la région du cœur, en excitant le nez avec du vinaigre. Cet état dure environ un quart d'heure. Cependant le pouls se relève, s'accélère ; une sueur abondante couvre tout le

corps ; un léger état fébrile se prononce. Le dévoiement cesse, mais les vomissements se reproduisent; les crampes sont plus rares, mais encore assez prononcées. Une demi-heure après, application de douze sangsues à l'épigastre, de sinapismes aux genoux ; pour boisson, du thé chaud. A mesure que la moutarde commence à piquer, la poitrine se débarrasse ; en même temps, les sangsues provoquent un écoulement de sang abondant. Le pouls se relève peu à peu, devient plein, fébrile, la peau chaude et halitueuse. Tous ces moyens sont employés dans l'espace d'une heure, en même temps que l'on couvre le corps de linges chauds.

Une heure après la saignée, une fièvre de réaction, fièvre inflammatoire à pouls large et plein, une sueur abondante, existent déjà. Les vomissements ont cessé ; la chaleur est uniformément répandue sur toute l'étendue du corps ; la face se tuméfie et rougit.

Pendant vingt-quatre heures, on entretient cette transpiration au moyen de thé chaud ; on absterge la sueur avec des linges chauds. Des crampes, des bâillements, des pandiculations, se sont montrés à diverses reprises dans la journée et ont cessé le soir ; la nuit, il y a un peu de sommeil.

Le 9 au matin. Tous les symptômes cholériques ont cessé ; la langue est humide, la soif modérée; pas de douleur épigastrique (les piqûres de sangsues ont coulé la veille jusqu'au soir, fomentées par des cataplasmes émollients). Pas de vomissements ni de selles ; pouls large, mou, d'une fréquence modérée ; chaleur halitueuse générale, bien-être ; face presque naturelle. La teinte bleue des lèvres et des paupières a disparu pendant la réaction fébrile.

On modère la sueur en découvrant un peu la malade. On remplace son linge mouillé par la sueur, par des linges chauds et secs : eau de gomme pour boisson ; de temps à autre une tasse de thé. La journée se passe bien. Le soir, des visites répétées l'excitent à parler. La nuit, le sommeil est agité par des rêvasseries. Du reste, aucun accident.

Le 10. État tout à fait bon. Pas de fièvre ; douce moiteur depuis la veille. Désir de prendre des aliments.

Le 11. L'appétit est très-prononcé; on donne un peu d'eau de poulet qui fait plaisir et est très-bien supportée.

Les jours suivants, la convalescence se soutient. La guérison est assurée au huitième jour. La malade sort un peu vers le milieu du jour. Pour l'alimentation, elle a passé de l'eau de poulet au bouillon de poulet un peu plus fort, puis aux fécules avec ce

bouillon, puis au bouillon de bœuf. Ce n'est qu'au bout de huit jours qu'elle a mangé un peu de poulet et de poisson. Pendant près de trois semaines, quoique bien remise, elle a été sujette à éprouver des lassitudes et à se fatiguer pour la moindre cause.

Les moyens mis en usage ont été les mêmes que chez le malade dont je parle plus bas. Tous deux avaient été pris au début de l'épidémie et avec violence.

La rapidité avec laquelle s'est établie la réaction, après la syncope qui a suivi la saignée, me semble être une preuve en faveur des bons effets de ce moyen. La saignée locale a paru également favorable.

Obs. II. Le nommé B., âgé de quarante-cinq ans, fortement constitué, après deux jours de diarrhée séreuse, est pris de choléra le 24 avril (1832), peu d'instants après l'ingestion d'un morceau de viande et d'une tasse de café au lait.

Après une heure de maladie, je le trouve dans l'état suivant :

Face d'un bleu-violet foncé, lie de vin ; la teinte est plus prononcée aux lèvres et autour des yeux. Conjonctives injectées, paupières un peu enfoncées. Froid général, surtout aux extrémités ; crampes violentes. Doigts violacés et un peu ridés. Constriction épigastrique ; oppression ; pas de vomissements. Envies fréquentes d'aller à la selle. Aphonie complète. Surdité ; sensation de froid dans le nez. Extinction de l'odorat. Vue affaiblie. Pouls lent et petit. C'est un choléra au plus haut degré, comparé à tous ceux que j'ai vus dans les hôpitaux et ailleurs. (Saignée de 3 à 4 palettes.) Le sang coule par jet, noir et épais. Syncope de 5 à 6 minutes, qui cède aux excitants extérieurs ; le pouls se relève ; sueur froide abondante. (Sinapismes aux genoux, linges chauds. Thé pour boisson.) Diminution des crampes et autres accidents.

Le 25, à midi (20 heures de maladie), amélioration notable ; cyanose moins profonde ; voix un peu revenue ; la vue, l'ouïe, l'odorat, sont rétablis. Bonne chaleur générale. Il y a des sueurs assez abondantes ; pouls assez développé, un peu fréquent. Quelques vomissements caractéristiques, avec expulsion des aliments pris la veille ; envies de vomir répétées ; pas de selles. Crampes beaucoup moindres. Douleur vive à l'épigastre.

(30 sangsues à l'épigastre, cataplasmes, sinapismes répétés. Boissons gazeuses et glace.)

Écoulement de sang abondant ; sentiment de faiblesse. Fièvre ; agitation la nuit.

Le 26. Face rouge, animée ; teinte moins cyanosée. Chaleur générale très-prononcée, sueurs ; pouls plein, dur et fréquent

(110 puls.). Cephalalgie; quelques vomissements porracés. (Saignée de 3 palettes.) La fièvre diminue ; céphalalgie moins vive. Coloration moins foncée et plus naturelle. Sueurs dans la journée ; nuit encore agitée.

La bande de la saignée s'étant déplacée, une perte de sang assez abondante a lieu dans l'après-midi. — Retour des urines, supprimées depuis l'invasion.

Le 27. Couleur et expression de la figure presque normales ; quelques envies de vomir; quelques gorgées de bile. Pouls large, mou (104). Chaleur douce et moiteur. Sensibilité vive à l'épigastre; langue rouge et sèche. (Douze sangsues à l'épigastre; mêmes moyens d'ailleurs ; potion opiacée mal supportée.)

Le 28. Coloration naturelle de la face. Langue humide, blanchâtre. Pas de vomissements ni de selles ; épigastre moins douloureux. Urines limpides.

Les jours suivants, la maladie va graduellement s'améliorant ; la convalescence s'établit franchement. La guérison est plus rapide qu'on ne pouvait l'espérer.

En abrégeant beaucoup les détails de cette observation, je n'ai pu marquer les bons effets des émissions sanguines. Je dois ajouter que l'améliorations a paru constamment liée à la déperdition du sang.

A défaut de la saignée générale, qui n'est pas applicable à tous les cas, soit que l'on ait affaire à un sujet valétudinaire et antérieurement débilité, soit que l'on n'obtienne pas de sang par la phlébotomie, la circulation étant complétement sufflaminée, ou que l'on rencontre une insurmontable répugnance pour ce moyen, les saignées locales, à l'épigastre et à l'anus, promettent aussi de bons résultats. J'ai sous les yeux un certain nombre d'observations de choléra traité de cette manière et dans lequel la réaction s'est manifestée après la déperdition tion d'une certaine quantité de sang. La saignée locale isolée, ou consécutive à la saignée générale a toujours paru combattre avantageusement les anxiétés épigastriques, les congestions veineuses abdominales, qui se transforment si facilement en phlegmasie, quand la maladie dure un certain temps.

La saignée, toutefois, malgré d'incontestables avantages, ne suffit pas à tout ; dans un prochain article nous examinerons les indications qui naissent des autres éléments de la maladie.

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

MALADIES DES FEMMES. — 15. *De la fièvre puerpérale épidémique;* par M. le docteur CH. DUBREUILH fils.

(Suite et fin : *voir* t. VIII, août 1848, p. 74; t. IX, septembre, p. 108; t. X, octobre, p. 120.)

(Journal de médecine de Lyon, septembre 1848.)

Fièvre puerpérale, sangsues, frictions mercurielles; engorgements dans les fosses iliaques; guérison.

OBS. — Fournier (Marie), âgée de vingt-sept ans, lingère, d'une bonne constitution, a déjà eu deux enfants. Accouchée le 15 septembre, l'invasion de la fièvre puerpérale eut lieu le 17 par un frisson accompagné de chaleur et de douleurs dans le ventre. (Trente sangsues sur le point douloureux.)

Le 18. Affaissement général, le ventre est très-douloureux, nausées, céphalalgie; le pouls est à 104 pulsat. (Vingt sangsues, cataplasme, tisane, diète.)

Le 19. Dévoiement abondant; ventre très-sensible, surtout dans les fosses iliaques, céphalalgie; le pouls est à 88. (Dix sangsues sur chaque fosse iliaque, cataplasme, diète, deux quarts de lavement émollient, tisane édulcorée avec sirop de coings.)

Le 20. La diarrhée a diminué; céphalalgie, insomnie; le ventre a le même degré de sensibilité, le pouls est à 90. (Dix sangsues *ut suprà*, frictions mercurielles 120 grammes, un bouillon léger.)

Le 21. Diarrhée abondante, douleurs excessives, surtout dans la fosse iliaque droite; le pouls est à 96. (Frictions mercurielles 60 grammes, un quart de lavement avec 2,00 d'extrait de rathania et dix gouttes de laudanum.)

Le 22. Même état. (Même traitement.)

Le 23. La malade a eu de nouveaux frissons; abattement, inquiétude; le pouls est à 100 pulsations, le ventre est très-douloureux, la diarrhée est abondante, la salivation commence. (Deux quarts de lavement avec dix gouttes de laudanum, frictions mercurielles, décoction blanche.)

Le 24. Nuit très-agitée; douleurs atroces dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque gauche; on sent dans cette partie un engorgement qui doit être situé dans l'épaisseur des ligaments larges; le pouls est à 90. (Vésicatoire camphré sur la fosse iliaque gauche, frictions mercurielles, décoction blanche, deux quarts de lavement avec dix gouttes de laudanum.)

Le 25. Diarrhée, faiblesse, pouls régulier, ventre moins douloureux. (Suspension du mercure.)

Le 26. Ventre indolent; diarrhée. (Lavement; même prescription.)

Le 27. Même état; faiblesse. (Potion avec sirop diacode 30 grammes, extrait de rathania 50 centigrammes, décoction blanche, trois bouillons.)

Le 28. Bien, à part la diarrhée. (Lavement avec 50 centigr. de rathania.)

Les 29, 30. Il apparaît un nouvel engorgement du côté droit, celui du côté gauche est à peine appréciable. (Frictions avec l'iodure de plomb.) La diarrhée est à peine supprimée, la faiblesse est grande, et la malade serait bien sans cette nouvelle complication, qui cède aux frictions iodurées. On la renvoie de l'hôpital au commencement de sa convalescence ; elle sort le 8 octobre. Il s'était manifesté un peu de salivation, qui a cédé sans avoir besoin de recourir aux gargarismes aluminés.

4° *Camphre, quinquina, vésicatoire et révulsifs cutanés.*— Dans le traitement de la fièvre puerpérale épidémique, le camphre a été mis en usage par plusieurs médecins et dans différents pays. Hoffmann le préconisait beaucoup dans les fièvres et les inflammations. L'illustre Werloff dit, dans le *Commercium nozembergeuse*, s'en être bien trouvé dans le traitement des métrites puerpérales : « Jamais, dit-il, des accidents n'ont suivi cette médication. » Pouteau le regardait comme un spécifique dans la fièvre puerpérale; et, au rapport de quelques autres auteurs, ce médicament aurait quelque avantage, mais seulement en temps d'épidémie. M. Bourdon nous dit qu'il l'a vu administrer sans succès dans un cas où il était cependant bien indiqué. Au milieu de toutes ces contradictions, disons que le camphre peut rendre quelque service, lorsque la fièvre puerpérale est caractérisée par un abattement extrême des forces; mais je ferai remarquer que c'est une médication fort difficile à manier. Le praticien doit mettre beaucoup de tact dans son administration ; il peut développer consécutivement, et même d'emblée, d'épouvantables phénomènes fébriles, et la mort pourrait même s'ensuivre, comme on en possède quelques exemples malheureux.

La maladie dont nous nous occupons est ordinairement suivie d'une débilité qui s'augmente progressivement jusqu'à la mort; elle jette les malades dans un anéantissement souvent funeste; la forme adynamique, enfin, est un des caractères de cette redoutable maladie. Dans des cas de ce genre, le quinquina, employé sagement et à propos, peut devenir d'un grand secours. Ne voyons-nous pas, en effet, dans ces épidémies de fièvre puerpérale, une résistance vitale faible et disposée à s'éteindre ? Tout en combattant les symptômes inflammatoires, consécutifs à l'af-

fection, il serait bien, je crois, d'essayer les toniques, ils peuvent avoir de grands succès.

C'est ici le lieu de signaler les vésicatoires et les autres révulsifs cutanés, lorsque l'on est persuadé qu'il existe du pus dans le ventre ; que l'on voit la sensibilité de cet organe diminuer ; que le pouls est petit, et que tous les moyens antiphlogistiques ont échoué. Dans ce cas, je ne balancerai pas à recouvrir toute l'étendue du ventre d'un vésicatoire légèrement camphré. Ainsi agit le professeur Velpeau, pour faire avorter les phlegmons diffus du membre abdominal. Ainsi, à l'hôpital de la Pitié, avons-nous vu agir M. Gendrin, qui, dans la pleurésie et la pneumonie, ne craint pas de recouvrir d'un vésicatoire énorme tout un côté de la poitrine.

Cette méthode de traitement est fondée sur ce problème célèbre, que M. le professeur Trousseau a si bien démontré : « Étant donnée une lésion grave, produire artificiellement, dans un autre lieu, une lésion plus énergique et moins dangereuse, afin d'atténuer la première. » C'est la médication transpositive. En présence d'une maladie grave, il est essentiel de proportionner la médication à l'intensité et à l'étendue de l'inflammation ; il ne faut donc pas, dans le cas qui nous occupe, redouter la grandeur du vésicatoire. « Comment supposer, dit M. Trousseau (1), qu'une phlegmasie bronchique, qui occupe peut-être une surface de plusieurs mètres carrés, sera révulsée par un vésicatoire de quelques centimètres d'étendue, plus aisément qu'une fluxion de poitrine grave ne le serait par une saignée de quelques grammes ? » Il en est ainsi dans la fièvre puerpérale, quand les accidents se sont manifestés du côté du péritoine ou de l'utérus, qui sont devenus le siége d'une phlegmasie intense et d'une sécrétion purulente abondante.

Tout en conseillant l'application de révulsifs semblables sur les parois abdominales, je ne dois pas omettre la remarque suivante : qu'ils peuvent quelquefois, en augmentant la fièvre, produire un surcroît d'agitation ; c'est encore ici au médecin à juger des indications.

Au moment où j'avais l'honneur de présenter mon Mémoire à la Société de médecine, j'avais à traiter une fièvre puerpérale excessivement grave ; l'observation me paraissant digne d'intérêt, je n'ai pas cru devoir la passer sous silence. Plusieurs moyens ayant été employés concurremment, il serait peut-être difficile de décider auquel est dû le succès ; mais le vésicatoire monstre

(1) Trousseau et Pidoux ; *Thérapeutique et matière médicale*, 1841.

de l'abdomen me paraît avoir eu la plus grande part à cette guérison, que je regardais comme inespérée.

L'alcoolature d'aconit, comme médication interne, a pu, je crois, dans ce cas, aider secondairement l'action épispastique, par son action spécifique contre la diathèse purulente, d'après, du moins, les faits si remarquables de M. Tessier.

Mme X. n'a pas encore seize ans; elle habite Bordeaux, est à terme de sa grossesse, d'une bonne constitution, habituellement bien réglée.

Les douleurs de l'accouchement commencèrent le samedi 6 mars, et le dimanche matin la dilatation du col utérin était complète ; elle était assistée d'une sage-femme.

Toute cette dernière journée, les efforts de poussée se manifestèrent avec violence. Cette jeune dame se trouvait dans une position déplorable, les cris et les douleurs étaient incessants. Enfin, vers onze heures du soir, on me prie de passer au plus vite, et je trouve Mme X. dans l'état suivant : la face est rouge et animée, baignée de sueurs ; le pouls est développé ; état d'agitation horrible, douleurs atroces, susceptibilité telle que Mme X. redoute le moindre mouvement qui a tendance à la toucher. Les contractions utérines surviennent toutes les minutes à peu près, les membranes sont rompues depuis le matin ; la tête de l'enfant, volumineuse, se présente au toucher plongée dans l'excavation ; elle est arrêtée par le plancher du bassin. Malgré ce long travail, je pus apprécier les battements du cœur dans la fosse iliaque gauche ; j'envoyai chercher mes forceps, et j'écrivis à M. le docteur Gaubric d'avoir la bonté de venir m'assister. Cet honorable confrère jugea comme moi la nécessité d'appliquer le forceps au plus vite. Les parties étant excessivement étroites, l'introduction de l'instrument fut pénible; enfin je pus franchir ces difficultés; et, après des efforts longtemps prolongés, la tête de l'enfant fut dégagée sans aucune déchirure du périnée, comme nous l'avions redouté. L'enfant était vivant, d'un volume considérable, nullement en rapport avec le développement de sa mère, qui paraissait encore une enfant. La délivrance fut tardive.

Le 8 au matin, Mme X. se trouvait assez bien, l'utérus était revenu, la perte sanguine était modérée, le ventre indolent ; à part une brisure générale, l'état était satisfaisant. Redoutant toutefois la manifestation d'accidents inflammatoires les plus terribles, j'eus soin d'avertir la famille, à laquelle je fis part de mes craintes.

Le 9. Le pouls s'est élevé à 90 pulsations, les seins sont légè-

rement tuméfiés. Mme X. ne nourrit pas. (Tisane de chiendent, diète.)

Le 10. Seins légèrement enflés, face rouge, peau brûlante ; céphalalgie ; douleurs vives à l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche ; le pouls est à 100, les lochies coulent ; constipation. (Vingt sangsues, eau de Seltz.)

Le 11. Toute douleur sur le point douloureux a disparu, la malade est bien, le pouls est revenu à 75.

Le 15 au soir, je fus appelé après de la malade. A deux heures un frisson violent, suivi de chaleur, s'est manifesté avec des douleurs aiguës dans le ventre.

A mon arrivée, Mme X. est en proie à la plus vive anxiété, l'œil est triste, la langue rouge ; soif vive, ventre un peu ballonné et très-douloureux ; le pouls est à 120, petit. (Vingt sangsues sur le ventre, alcoolature d'aconit 5 grammes ; sirop de sucre 130 grammes, une cuillerée à bouche dans chaque tasse de tisane.)

Le 16. La face est plus pâle ; ventre très-sensible, ne permettant pas la plus légère pression ; décubitus dorsal, diarrhée abondante, vomissements de matières jaunâtres ; le pouls est à 110. (Même potion ; onguent mercuriel 60 grammes, pour frictions ; fomentations émollientes.)

Le 17. La nuit a été affreuse ; plaintes et cris continus ; la face est grippée, les yeux excavés ; ventre douloureux, il est le siége d'un épanchement considérable, que l'on peut facilement apprécier ; vomissements, selles abondantes et involontaires, lochies purulentes et fétides ; le pouls est à 150, filiforme.

En présence de cet appareil de symptômes si effrayants, je continue l'alcoolature d'aconit, que je porte à 6 grammes ; et je fais appliquer sur le ventre un immense vésicatoire légèrement camphré, qui couvre toute l'étendue de l'abdomen ; frictions mercurielles à la partie interne des cuisses ; eau de Seltz.

Le 18. Mieux bien manifeste du côté du ventre ; vomissements de matières verdâtres porracées ; une seule selle diarrhéique ; le pouls est à 120 ; toute l'étendue du ventre est le siége d'une vésication considérable ; l'enlèvement de cet emplâtre fit horriblement souffrir la malade. (Pansement avec cérat simple ; alcoolature d'aconit, frictions mercurielles sur les cuisses.)

Le 19. Le ventre est moins douloureux et moins fluctuant, les vomissements et les selles ont cessé ; les urines sont d'un rouge brique, avec un sédiment très-épais ; elles sont rendues avec douleur. Faiblesse très-grande ; suppuration abondante du vésicatoire. (Suspension du mercure, alcoolature d'aconit.)

Le 20. Le mieux se soutient. Le 21, je réduis l'alcoolature d'aconit à 3 grammes pour 150 grammes de sirop de sucre.

Le 26. Dans la soirée d'hier, Mme X. fut portée dans un lit nouveau avec les plus grandes précautions; bientôt après, elle fut prise de douleurs profondes dans les parties génitales; insomnie. Aujourd'hui la face est plus pâle, le ventre est volumineux; langue jaunâtre, constipation; le pouls est monté à 110. (Alcoolature d'aconit 5 grammes, sirop de sucre 150 gr., calomel 5 centigrammes toutes les heures, injections émollientes dans le vagin.)

Le 27. Même état; la cuisse gauche est très-douloureuse, un peu tuméfiée; le point de départ de la douleur est la région inguinale de ce côté, qui est très-sensible. Le ventre est douloureux, tuméfié; odeur fétide des parties génitales, vomissements, peau chaude; le pouls est à 120. (Frictions mercurielles sur la cuisse douloureuse, alcoolature, calomel *ut suprà*, injections.)

Le 28. Même état du ventre et de la cuisse; la respiration est pénible; inappétence, insomnie; mouvements spasmodiques des membres, faiblesse. (Suspension du calomel, eau de poulet pour boisson, potion avec eau de tilleul 120 grammes, sirop diacode 30 grammes, éther sulfurique 1 gramme, alcoolature d'aconit; le vésicatoire suppure bien.)

A deux heures de ce jour, Mme X. fut prise, sans frisson, d'une chaleur très-forte, suivie bientôt de sueurs abondantes et chaudes. Dans ce moment, la malade était plus accablée; les gencives sont un peu douloureuses, le pouls est à 100, grande faiblesse. (Gargarisme aluminé, eau de poulet, alcoolature d'aconit.)

Les 29, 30. Mieux; bouche douloureuse et mauvaise, ventre indolent, douleurs profondes dans les parties génitales, faiblesse extrême; le pouls est à 100. (Suspension de l'alcoolature, deux bouillons, gargarisme.)

Depuis ce jour, le mieux s'est soutenu; mais la constipation et la faiblesse sont très-grandes; le pouls est toujours élevé (95). (Quinquina concassé 12 grammes, magnésie 6 grammes, eau 500 gr., à prendre deux cuillerées toutes les trois heures, édulcorée avec sirop de limon; deux bouillons.)

Mme X. se lève une heure dans la journée, le vésicatoire est presque sec. La faiblesse de cette jeune dame a persisté avec opiniâtreté, ainsi que les douleurs dans la jambe gauche, qui s'enflait lorsqu'elle se levait. Des douleurs profondes du ventre, aiguës dans quelques mouvements, ressemblant à des tiraillements, dues sans nul doute à des pseudo-membranes, furent

combattues par des bains gélatineux, à jour passé, pendant près d'un mois. La faiblesse fut combattue par le quinquina, une nourriture progressivement substantielle et le vin vieux de Bordeaux ; la tuméfaction de la jambe a cédé à un bandage roulé, fait avec une bande de flanelle. J'ai envoyé Mme X. à la campagne à la fin de mai, où je l'ai revue oncore un peu faible, mais ayant repris ses couleurs et le commencement de son ancienne fraîcheur.

1° *Essence de térébenthine.* — Le docteur Brenan, chirurgien à l'hôpital des femmes en couches de Dublin, fit paraître, en 1814, un ouvrage où il s'applaudit de ce moyen, dont il prétend avoir obtenu de très-beaux résultats ; il rapporte six observations de fièvre puerpérale épidémique, dans lesquelles il employa avec succès la térébenthine. Ce médecin administrait une ou deux cuillerées d'essence de térébenthine dans de l'eau chaude sucrée; il prescrivait des frictions avec la même substance sur le ventre, qu'on recouvrait ensuite d'une flanelle. Le docteur Fernandès, en rapportant ces observations, en a fait un commentaire aussi judicieux qu'instructif. Passant en revue les observations des praticiens de la Grande-Bretagne, qui sont au nombre de dix-neuf, nous pouvons nous convaincre qu'elles tendent à prouver qu'il n'existe pas de remède plus efficace contre la fièvre puerpérale que l'essence de térébenthine. La question était assez grave pour contrôler et faire l'examen des faits publiés par les Anglais. Et d'abord, pour ce qui a rapport à ces observations elles-mêmes, elles forment, pour M. Trousseau, trois catégories bien distinctes : la première renferme les cas sinon incontestables et acquis à la thérapeutique, au moins douteux, et assez frappants pour qu'il ne soit pas déplacé de s'y arrêter ; la seconde se compose des observations qu'on peut, et qu'il faut admettre, sauf à les interpréter autrement que ne l'ont fait ceux qui les ont publiées. Dans la troisième, on est forcé de reléguer ceux qui ne prouvent rien pour vouloir trop prouver, et ceux dont il est impossible de tirer la moindre conclusion à cause du défaut absolu de caractères et de détails.

Considérée sous un autre point de vue, comment agirait la térébenthine dans le cas où son emploi aurait eu des succès? Cette substance, précieuse souvent pour le traitement des flux pathologiques des membranes muqueuses, agirait-elle de même dans la fièvre puerpérale ? corrigerait-elle cette disposition à exhaler du pus sous l'influence du moindre stimulus phlegmasique ? ce n'est pas ce que tendent à prouver les observation de nos voisins d'outre-mer. La térébenthine n'a point une action spécifique

dans la grave maladie qui nous occupe ; elle peut soulager les femmes qui en sont atteintes, dans quelques circonstances, par son action purgative ; elle rentre alors dans un autre genre de médication dont nous avons déjà parlé.

Cullen affirme, d'après son expérience, que la térébenthine est un des plus certains laxatifs que l'on puisse employer dans les coliques et les autres cas de constipation rebelle. En lisant les résultats qui suivent l'administration de l'essence de térébenthine à l'intérieur, nous voyons des évacuations alvines rapides et abondantes.

John Douglas fit aussi un rapport sur la fièvre puerpérale, et il assure avoir vu souvent l'application externe de l'essence de térébenthine, sans son usage interne, ou sans le secours des saignées, être entièrement efficace dans son traitement. Cette assertion prouve-t-elle encore une spécificité de la térébenthine ? non certainement. On emploie, comme nous l'avons conseillé, un large vésicatoire sur le ventre, afin de combattre l'épanchement. Selon nous, la térébenthine agirait de même, et son action spécifique sur la marche de la fièvre puerpérale se réduirait à celle d'un vésicatoire ordinaire.

Tout cela nous conduit à conclure à la nécessité de ne pas ajouter une foi aveugle à des publications, surtout quand il s'agit de spécifique.

6° *Poudre d'amidon iodurée.* — A la fin d'octobre 1845, il régnait, à l'hospice de la Maternité de Bordeaux, une épidémie de fièvre puerpérale. M. le docteur Dupouy, frappé de l'insuccès des moyens mis en usage, devient sobre d'émissions sanguines ; cependant il prescrit toujours une saignée du bras, ou deux, mais alors très-légères (150 grammes environ chacune) ; il ajoute à ce moyen une poudre d'amidon iodurée, étendue sur le ventre en couche épaisse, et se trouve avoir, dans cette nouvelle médication, une arme puissante pour combattre la maladie. M. Dupouy n'a point publié le résultat de ses observations, il m'est donc assez difficile d'apprécier cette nouvelle méthode ; mais nous devons à un autre confrère, le docteur Barnetche, que remplaçait M. Dupouy à la Maternité, pendant une absence momentanée, quelques réflexions sur ce mode de traitement. « La question, dit M. Barnetche, peut être posée en ces termes : la diminution de la mortalité doit-elle être rapportée à l'emploi de la poudre d'amidon iodurée ? D'abord il nous semble impossible de faire la part logique de deux moyens simultanément employés (saignée, iode) ; en second lieu, l'action de l'iode sur la peau le classe au nombre des médicaments qui agissent en irritant, comme agis-

sent les sinapismes, les vésicatoires. Dès lors, sans en conclure à la non-spécificité du moyen, nous croyons rationnel de la rapporter, dans cette occurrence, à la médication révulsive ; quitte à savoir plus tard s'il est le meilleur possible entre tous les révulsifs. Nous sommes bien disposé à reconnaître que l'activité des agents thérapeutiques est une source féconde de succès. Mais, en temps d'épidémie, est-il bien facile de discerner ce qui découle du modificateur médicinal, de ce qui peut dépendre de la période de décroissement ; autrement dit, la poudre iodurée aurait-elle été suivie des mêmes résultats au début de l'épidémie ? Ce qu'on n'obtenait qu'après une lutte grave de l'organisme, l'iode l'aurait-il plus rapidement et mieux produit ? Quelque chose a-t-il pu témoigner d'une puissance spécifique, comme la guérison de la syphilis témoigne de la spécificité du mercure ? Nous ne le pensons pas, et, dans les cas si nombreux et si discutés où la chirurgie a eu recours à l'iode, cette pensée n'est venue à personne. » D'après l'analyse des faits que donne M. Barnetche, qui sont au nombre de onze, et où la poudre d'amidon iodurée a été employée, cet honorable confrère croit qu'il n'y a rien de suffisamment concluant en faveur de l'amidon pulvérulent ioduré appliqué sur le ventre, et cela pour deux raisons : la première ressort du peu de gravité des faits analysés, la seconde des circonstances qui se rattachent aux cas mortels ; ainsi, sur deux décès, l'un appartient, par la date de l'accouchement, au mois d'octobre, et l'autre, survenu en novembre, s'explique assez rationnellement en cherchant la causalité de la métro-péritonite dans un travail long et laborieux, dont l'application du forceps n'a pu empêcher l'effet sur l'organe utérin.

J'ai donné les réflexions de M. Barnetche textuellement, mieux que personne il a pu apprécier les faits. Je ne peux dire que je partage ses convictions, avant de connaître les motifs sur lesquels M. Dupouy base les siennes. Nous attendons avec impatience la publication que cet honorable médecin a l'intention de faire paraître.

7° *Alcoolature d'aconit.* — Au mois de mars 1846, parut une note du docteur J.-Paul Tessier, sur le traitement de la diathèse purulente, au moyen de l'alcoolature d'aconit. M. Tessier, abordant cette grave question de fièvre puerpérale, dit avoir expérimenté cet agent thérapeutique avec succès, et il a trouvé dans l'aconit un remède prophylactique et curatif des plus énergiques. Ce praticien distingué commence d'abord par la médication antiphlogistique, comme vingt à trente sangsues sur les foyers inflammatoires, répétées plusieures fois dans les quarante-huit pre-

mières heures; l'immersion des malades dans des bains tièdes, aussi longtemps prolongés et aussi souvent répétés que les forces des malades le permettent. « Lorsque le traitement antiphlogistique touche à sa fin, dit M. Tessier, j'administre l'alcoolature d'aconit de la manière suivante :

« Prenez eau sucrée, ou sirop simple, 250 grammes; alcoolature d'aconit 8 grammes. On mêle une cuillerée de cette liqueur à la boisson des malades, de manière qu'ils aient pris la moitié de la dose dans les vingt-quatre heures. Continuez ensuite, en augmentant ou en diminuant la dose, suivant la persistance des accidents ou suivant l'amélioration obtenue ; en même temps on facilite la résolution des foyers inflammatoires par des onctions d'une pommade à l'iodure de plomb, contenant 3 gramm. de sel pour 30 grammes d'axonge ; on recouvre le linge qui sert à l'onction avec des cataplasmes de farine de graine de lin. En général, l'action thérapeutique de l'aconit n'est sensible qu'après douze heures de son emploi. Cette action consiste dans une rémission du mouvement fébrile, du malaise général et des accidents locaux » M. Tessier a remarqué que la différence capitale entre la diathèse purulente traitée par l'aconit, et celle qui suit son cours naturel, c'est que la première est plus longue quant à l'état général et quant à l'état local que la dernière.

La première lui a paru jusqu'ici se terminer assez promptement par la guérison, tandis que la seconde se termine promptement par la mort dans la très-grande majorité des cas.

Aux mois de novembre et de décembre 1843, M. Tessier fut chargé d'une Maternité temporaire à l'Hôtel-Dieu annexe ; on l'avait établie en raison d'une épidémie de fièvre puerpérale qui avait forcé d'évacuer l'hôpital de la Maternité. L'épidémie se manifesta dans les salles. Ayant distingué avec soin les simples phlegmasies, les fluxions, des cas de fièvre puerpérale, il fut reconnu que le nombre des morts était exactement le même que celui des malades. Il en était de même à cette époque dans les autres services, soit de Saint-Louis, soit de l'Hôtel-Dieu. Dans ces circonstances, après avoir employé, sur quatorze malades, les traitements les plus vantés, M. Tessier donna l'aconit à la quinzième et à la seizième, préalablement soumises à la médication antiphlogistique ; ces deux femmes guérirent. La suppression de ce service empêcha M. Tessier de continuer l'emploi de ce moyen. En 1845, il en fit usage à la Charité et à l'hôpital Necker dans plusieurs cas de fièvre puerpérale, qui guérirent parfaitement. La même chose se répéta deux fois en ville dans sa pratique particulière.

Non-seulement l'aconit serait administré comme moyen curatif de la fièvre puerpérale, mais aussi comme moyen préventif. Pendant une épidémie, au lieu d'un régime banal on pourrait administrer chaque jour, à ses malades 1 gramme ou 2 d'olcoolature d'aconit dans un litre d'eau sucrée.

Que demander à l'appui de cette nouvelle méthode, que la sanction de l'expérience? La thérapeutique aura fait un grand pas quand elle aura découvert un spécifique à une maladie aussi meurtrière que la fièvre puerpérale. Attendons encore pour juger cette médication qu'elle ait été employée sur une plus grande proportion. Mais comment agirait l'aconit dans un cas semblable? serait-il un spécifique contre la diathèse purulente? Il semble, à M. Tessier, que l'aconit agit dans la diathèse purulente à peu près comme l'émétique à haute dose dans la pneumonie.

8° *Compression sur l'utérus.* — Un moyen qui a eu quelquefois un effet bien marqué dans la fièvre puerpérale est, au dire de M. Bourdon, la compression exercée par un bandage de corps bien serré, et une pyramide de compresses sur l'utérus, qui était resté très-volumineux. Quelques heures après l'application de ce bandage, l'organe diminue, et l'avantage qu'on peut en tirer, c'est qu'en forçant l'utérus à venir sur lui-même, on détermine la sortie des matières purulentes contenues dans sa cavité ; on diminue ainsi les chances de résorption infectante et de phlébite.

Le résultat de cette compression peut être avantageux; mais un symptôme qui persiste souvent jusqu'à la mort, celui qui brise le plus les forces de la femme, est la douleur si vive du ventre. Comment exercer une compression sur un organe qui ne peut souvent supporter le poids d'un cataplasme? Il faudra donc des circonstances toutes particulières pour mettre ce procédé en usage, qui est, je crois, très-secondaire.

Traitement des complications ou de quelques symptômes fatigants. — Dans la fièvre puerpérale il existe des complications ou des symptômes incommodes et fatigants pour la malade, déjà si accablée, auxquels on oppose une médication spéciale.

J'ai vu souvent la diarrhée combattue par les mucilagineux et l'opium, d'autres fois par les astringents, et notamment par l'extrait de rathania. Les douleurs sont parfois intolérables ; on peut insister alors sur l'emploi des calmants; il faut y mettre toutefois beaucoup de réserve. On a recours aux eaux gazeuses, à la glace, pour combattre les vomissements. Dans le cas de météorisme, on a préconisé les douches d'eau froide, l'application de la glace et les cataplasmes froids sur le ventre : on ne doit

point employer ces moyens comme méthode spéciale de traitement. Quand il existe un météorisme qui gêne la respiration, il vaut mieux faire sur le ventre des frictions avec l'huile de camomille camphrée, elles mettent la malade à l'abri de cette stupeur que produit sur l'organe affecté l'application de la glace, et qui pourrait aussi développer la gangrène.

Dans l'intention de diminuer les douleurs abdominales, on applique sur le ventre des fomentations émollientes tièdes ou des cataplasmes faits, soit avec la farine de graine de lin, soit avec la mie de pain et le lait, soit avec la fécule de pomme de terre. Quand les douleurs seront très-violentes on devra arroser ces cataplasmes avec dix ou quinze gouttes de laudanum de Sydenham.

Dans le cas où les lochies prennent une odeur fétide, comme je l'ai souvent observé, les injections, portées dans l'utérus même, seront très-avantageuses pour déterger la surface interne, entraîner les matières plus ou moins nuisibles, et leur ôter leur odeur.

Les lavements émollients conviennent quand il s'agit de diminuer l'éréthisme, de fomenter les intestins et d'entretenir la liberté du ventre. Qand il survient du délire, on a observé que le laudanum pourrait rendre de grands services.

Un dernier moyen qui soulage les malheureuses malades dans une foule de circonstances, ce sont les bains tièdes ; mais quand l'indication se présente de les prescrire, les malades sont souvent en proie à des douleurs si cruelles, que l'on se trouve dans l'impossibilité de les remuer. Quand on pourra recourir à ces moyens le médecin devra les essayer.

On prescrira des tisanes adoucissantes, l'eau d'orge, l'eau de veau, l'eau de poulet, le petit-lait ou bien une décoction légèrement tonique et amère.

Pendant la convalescence, on soutient les forces de la malade par une nourriture légère, ayant soin de lui faire éviter le moindre écart de régime.

2° *Traitement prophylactique.* — La fièvre puerpérale, dont nous venons de donner l'histoire et le traitement, se joue parfois de nos moyens thérapeutiques, parce que nous l'avons considérée sous le point de vue de sa nature épidémique. A part donc le traitement des symptômes de la fièvre puerpérale déclarée, il existe un autre traitement qu'on appelle prophylactique, qui est plutôt hygiénique : « La prophylactique relative aux épidémies, a dit M. Naquart, a deux choses pour objet : de fournir les moyens de s'opposer au développement de leur cause dans

l'un, et d'empêcher que la cause, une fois mise en jeu, n'agisse sur l'économie. La première intention est du domaine de l'hygiène publique, et la seconde de l'hygiène privée. »

1° C'est dans les hôpitaux de femmes en couches que la fièvre puerpérale exerce ses plus grands ravages ; elle frappe aussi les femmes accouchées en dehors des hospices ; mais on ne peut s'empêcher d'avouer que la gravité de ce terrible fléau est plus généralisée là où les femmes sont encombrées. Le séjour dans ces asiles ne peut-il devenir nuisible aux femmes nouvellement accouchées, qu'à raison des qualités malfaisantes de l'air ? « On trouverait, dit Gardien, une cause bien plus plausible de l'invasion de la fièvre puerpérale, dans les affections morales qui tourmentent celles qui viennent dans ces maisons, pour y passer ou pour y faire leurs couches. Ce sont, le plus souvent, des filles qu'un amour imprudent a forcées d'abandonner leur famille, et qui sont rongées de soucis ; il en est d'autres qui sont exposées à recevoir des coups sur l'abdomen à raison du commerce auquel elles se livrent. Plusieurs, en se rendant dans ces asiles, ont le chagrin d'abandonner quelquefois leurs enfants, leur famille, dans la misère la plus profonde.

Les femmes pauvres, accablées de peine et de soucis, en se rendant dans les hospices, y portent ordinairement la peur d'y contracter une maladie mortelle, et cette crainte les y fait souvent succomber. Dès que l'une de ces femmes en est atteinte, même sporadiquement, et qu'elle succombe, la frayeur s'empare de toutes les autres. »

« Dans les hôpitaux, dit M. Ménier, tout respire l'accent de la douleur ; tout ce qu'y voit l'accouchée porte la consternation dans son cœur..., et c'est peut-être à cette affection morale, autant qu'à l'insalubrité, qu'on doit attribuer les pertes nombreuses de femmes en couches dans les hôpitaux. » Ces considérations sont généralement vraies, mais elles ne peuvent expliquer la fréquence, dans quelques hôpitaux de Maternité, d'épidémies meurtrières. Les faits sont là, qui prouvent que la réunion d'un grand nombre de femmes en couches leur est fatale.

Et, cependant, que n'a pas fait la philanthropie pour écarter des hospices d'accouchements les chances des épidémies de fièvre puerpérale ! Que l'on compare l'état de ces hospices avant 89, avec l'état actuel ; qu'on lise les rapports de Bailly, Ténon et Lavoisier, sur l'état ancien de l'Hôtel-Dieu de Paris : « Les femmes, dit Ténon, accouchaient à l'Hôtel-Dieu ; il y avait pour elles soixante-sept grands lits, c'est-à-dire de quatre pieds quatre pouces de large ; et trente-neufs petits, c'est-à-dire de trois pieds.

Les premiers renfermaient souvent trois personnes, quelquefois quatre. Nous n'avons pas besoin de dire combien s'accroissait ici le danger de cette association. Les femmes réunies à l'Hôtel-Dieu n'étaient pas d'ailleurs toutes également saines : quelques-unes étaient attaquées de maladies ordinaires, d'autres de maladies plus dangereuses pour l'enfant qu'elles portaient, ou pour les personnes qui habitaient les mêmes salles : la gale et le mal vénérien. Cinq places dans trois lits étaient destinées aux galeuses ; deux places dans un lit de trois pieds à celles que le mal vénérien infectait. Il n'y avait pas de lits particuliers pour les autres maladies ; les femmes grosses qui les avaient, et celles qui étaient saines, se trouvaient confondues. Aujourd'hui, l'Hôtel-Dieu de Paris est un des mieux placés sous le rapport des conditions hygiéniques. Ces améliorations ont été faites partout : les hospices de Maternité possèdent en général des dortoirs vastes et bien aérés, il existe de nombreux promenoirs. Là, comme sur bien d'autres points, les Français ont eu la gloire de donner l'exemple aux autres peuples. Dans toutes les villes, les femmes pauvres trouvent, dans un asile qui leur est exclusivement destiné, des soins particuliers à leur état.

Les classes riches ne sont plus sourdes à la voix de la misère ; et grâces à une police médicale bien comprise, à un gouvernement qni aime à venir en aide aux hommes de science dont se compose le corps médical, nous devons encore espérer pour l'amélioration des hôpitaux de Maternité.

Chercher les causes d'un mal, les indiquer à ceux qui sont investis de l'autorité, n'est point épouvanter le pauvre et lui représenter un hôpital comme une institution malfaisante. Il est certain que, dans la pratique civile, les épidémies puerpérales sont plus rares et moins funestes. Comment expliquer cette différence autrement que par les conditions beaucoup plus favorables des femmes qui se trouvent au sein de leurs familles, que celles des femmes en couches dans les hôpitaux ? Mais parce que dans la fièvre puerpérale épidémique nous ne pouvons trouver la cause du mal, ni dans les lieux où la femme est mère, ni dans l'oubli des règles de l'hygiène, il ne faut pas se hâter de dresser des autels à la fatalité ; il faut, au contraire, que le médecin se mette en demeure d'étudier les causes de ces épidémies, afin d'améliorer, autant que possible, la condition matérielle des femmes en couches. La question que j'agite en ce moment présente un horizon vaste ; il faudrait, pour la traiter, entrer dans une discussion qui dépasserait les bornes et le but de ce Mémoire.

La fièvre puerpérale épidémique est souvent indépendante des

lieux où la femme accouche, de la nature et de la position du sol, des vicissitudes atmosphériques, des altérations de l'air; les causes demeurent couvertes d'un voile impénétrable. Espérons encore dans l'avenir de la science médicale : un jour peut-être fera-t-elle tomber ce voile, comme elle l'a fait de tant d'autres, et nous donnera-t-elle enfin un moyen de poser une digue à un fléau qui porte la destruction chez tant et de si jeunes mères.

2° *Du sulfate de quinine.*—Le second point de vue de la question est d'empêcher que la cause, une fois mise en jeu, n'agisse sur l'économie. A part l'hygiène privée des femmes en couches, dont nous dirons quelques mots plus bas, on a préconisé le sulfate de quinine comme pouvant s'opposer à la manifestation de la fièvre puerpérale en temps d'épidémie. Ce moyen fut conseillé à M. Cazeaux par le médecin en chef d'un hospice de Maternité qui suivait ses visites, et qui dit avoir obtenu les plus beaux résultats dans une épidémie. Ce fut le 12 septembre 1845 que cette nouvelle médication fut mise en usage. De suite après leurs couches, chaque femme prenait le sulfate de quinine à la dose d'un gramme chaque jour ; elles le continuaient pendant quatre jours. On le supprimait aussitôt que les accidents de la fièvre puerpérale survenaient; il fut continué jusqu'au 20 du même mois inclusivement. Pendant ce temps, c'est-à-dire dans l'espace de neuf jours, vingt-cinq femmes accouchèrent, treize furent prises de la fièvre puerpérale, et trois seulement succombèrent. Mais les expériences que M. Cazeaux fit à cette époque ne peuvent paraître nullement concluantes ; car le mode de traitement employé jusqu'à ce jour fut aussi changé : l'ipécacuanha et les saignées locales répétées remplacèrent les frictions mercurielles et le calomel dont les effets étaient devenus nuls. Il était difficile de juger si la mortalité, moins grande, a été due à l'emploi du sulfate de quinine, administré à l'avance, ou bien au changement de traitement. Pour ce qui a rapport au nombre de femmes prises de la fièvre puerpérale, c'était à peu près la même proportion.

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de ces résultats.

Si le sulfate de quinine peut avoir quelques succès dans la prophylactique de la fièvre puerpérale épidémique, ils seront dus, je crois, aux propriétés héroïques de ce médicament, de produire des effets thérapeutiques immédiats. La maladie qui nous occupe frappe et affaiblit la résistance vitale ; c'est un fait que l'on ne peut contester, l'état épidémique attaque directement et détruit les forces radicales : ainsi, une femme se trouve dans les conditions les plus favorables, à part son état de puerpéralité,

elle est jeune, pleine de vie et de force; un frisson survient, précurseur fatal de l'invasion de la maladie, et en quelques heures tout est changé, la douleur, la faiblesse, l'état ataxique, ont sidéré ses forces; il faudrait donc trouver un autre agent qui, possédant une puissance supérieure à celle du génie épidémique, la neutraliserait, en donnant à l'économie une résistance vitale supérieure à elle. Voilà comment je comprendrais l'action du sulfate de quinine, et la raison de son emploi. Toutefois, le médicament, neutralisant l'effet du génie épidémique, ne detruirait pas pour cela cette cause inconnue qui rend la fièvre puerpérale très-grave et si promptement mortelle, ce *divinum quid* du père de la médecine; il mettrait seulement les nouvelles accouchées en mesure d'y résister. L'hygiène privée des femmes en couches, dans une épidémie de fièvre puerpérale, est l'éloignement des causes que l'on soupçonne prédisposer la femme à cette maladie.

Nous avons dit qu'il ne fallait pas attacher trop d'importance à l'opinion de ceux qui prétendent que les femmes, qui ne nourrissent pas leurs enfants, sont plus exposées à contracter la fièvre puerpérale que celles qui leur donnent le sein.

Bien que les opinions soient partagées à ce sujet, et que j'aie vu des mères nourrices succomber tout aussi bien à la fièvre puerpérale, il existe des connexions intimes entre la matrice et les mamelles qui unissent ces deux organes. La mère qui nourrit emploie aux mamelles, pour nourrir le nouveau-né, ce que l'économie dépensait du côté de la matrice pour fournir à la formation du fœtus; elle débarrasse donc celle-ci du surcroît des fluides qu'elle contient. Elle empêche la congestion dans les organes, qui se forme sous l'influence puerpérale épidémique, pour la moindre cause, ou, comme on l'a dit, pour le moindre prétexte.

Par son état de nouvelle accouchée, la femme se trouve dans des conditions spéciales; une cause, qui dans tout autre moment serait insignifiante, impressionne alors l'économie, et ce génie régnant imprime un cachet particulier à toute réaction. En général, les femmes qui n'allaitent pas sont plus exposées à ce qu'un organe devienne le centre où les humeurs se dirigent. Il y a, dans tous les cas, des inconvénients à enfreindre les lois de la nature, et on ne les viole pas impunément. Je suis loin de croire, cependant, que ce soit là un motif assez puissant par lui-même pour faire éclater la fièvre puerpérale. Il est nécessaire, toutefois, que le médecin veille à ce que les femmes ne s'affranchissent pas trop tôt de ce devoir, par lequel elles deviennent deux fois mères:

« Rien de plus propre, dit Gardien, à réveiller le naturel prêt à s'éteindre dans le cœur, à soutenir l'amour, et à rendre cet attachement solide et constant. N'est-il pas humiliant pour la mère, que son enfant en aime une autre qu'elle par devoir ? »

Rousseau disait : « Là où j'ai trouvé les soins d'une mère, ne dois-je pas aussi voir l'attachement d'un fils ? »

On comprend qu'il est des circonstances dans lesquelles, faible et exténuée, la femme ne pourrait, sans courir de grands dangers, remplir ce devoir maternel. A part ces cas exceptionnels, des raisons, tirées de l'organisation et de l'enchaînement naturel des fonctions, obligent toute femme qui n'est point malade à nourrir ; les raisons morales, qui semblent l'y astreindre, ne sont pas d'un moindre poids pour celle dont l'âme est sensible et droite.

Les soins de propreté sont très-essentiels : on doit changer fréquemment les linges qui reçoivent les lochies ; des lotions tièdes sur les parties génitales balaient le résidu du fluide excrémentitiel. Il est important que la femme ne soit pas hermétiquement emprisonnée sous d'amples rideaux ; il faut de l'air, et de l'air pur. Dans les hôpitaux, on devrait isoler les malades atteintes de fièvre puerpérale, afin de mettre une barrière conservatrice entre les femmes encore saines et celles qui vont succomber. Toutes les précautions les plus minutieuses, la sollicitude la plus vigilante du médecin, sont encore loin d'enchaîner cette redoutable maladie.

Quand il règne dans un hôpital ou dans la pratique civile des épidémies de fièvre puerpérale, il faut que le médecin rassure l'état moral de ces pauvres mères. Et ce qu'a dit M. Ferrus des épidémies, en général, peut s'appliquer aux épidémies en particulier : « L'état moral du peuple, dans ces circonstances, est un sujet de la plus haute importance. La médecine enorgueillie peut montrer ici jusqu'où s'étend son empire : il faut que ses ministres, au milieu de la douleur et de l'accablement général, sachent se montrer dignes de l'estime que leur ont déjà conquise laurs honorables fonctions. Leur courage et leurs succès relèvent l'espérance du peuple, qui, dans ces tristes jours, tend les mains vers eux seuls. »

Plus d'obstination systématique ni d'enthousiasme aveugle ; poursuivons avec énergie la recherche d'une médication préservatrice, qu'il est aussi difficile que glorieux de trouver ; dirigeons nos efforts contre la cause générale du mal qui fait tant de ravages, surtout chez les femmes du peuple. Si, à la mort et au revers, la médecine ne peut toujours opposer la vie et le succès, elle

peut, du moins, prodiguer constamment le dévouement et l'espérance.

MALADIES DES ENFANTS. — 16. *De la guérison du céphalomatome. — Mécanisme de l'enkystement. — Migrations du bourrelet osseux;* par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Trouvés.

(Bulletin général de Thérapeutique, novembre 1848.)

Quel que soit le degré d'innocuité que l'on prête aux divers modes d'opérations proposés pour le céphalomatome, on ne peut se dissimuler ce fait, qu'aucune de ces opérations n'est à l'abri d'un danger réel, à savoir : la possibilité d'une suppuration dans un foyer aussi considérable que l'est quelquefois le céphalomatome, et chez un être aussi débile que l'enfant nouveau-né. Aussi nous croyons-nous autorisé à établir, comme l'un des principes de la thérapeutique du céphalomatome, que l'opération ne doit être tentée qu'autant que la résorption du sang épanché paraît absolument impossible.

Mais comment déterminer les cas d'application de ce principe, comment poser la limite où la résorption spontanée doit être considérée comme tout à fait improbable, si l'on ne puise de semblables données à l'observation de faits cliniques dans lesquels on a suivi, sans la troubler, la marche naturelle des choses et les progrès de la résorption spontanée, quand elle a lieu ? En un mot, il importe, pour porter un jugement en pareille matière, d'avoir analysé le mécanisme de la guérison spontanée.

C'est dans ce sens que mes observations ont été recueillies, et j'en rapporterai une qui met à nu le procédé de l'enkystement du céphalomatome.

Je commence par faire remarquer que chez l'enfant nouveau-né il est permis de compter sur une très-grande puissance de résorption, et que des épanchements sanguins volumineux peuvent se résorber d'une manière complète.

L'observation que je rapporterai est un exemple remarquable du kyste de résorption du céphalomatome : le fait a été recueilli dans mon service à l'hospice des Enfants-Trouvés, et j'ai présenté à la Société de chirurgie les pièces anatomiques à l'appui.

La guérison spontanée du céphalomatome s'accompagne d'un travail organique assez complexe, qui n'a été décrit que d'une manière incomplète et qui porte : 1° sur l'état du bourrelet osseux qui forme anneau autour de l'épanchement, 2° sur l'enkystement de la collection sanguine.

Un mot sur le bourrelet osseux. Ce bourrelet n'est autre chose

qu'un anneau plus ou moins irrégulier qui se forme à la limite, ordinairement circulaire, de l'épanchement sanguin. Cet anneau est une production accidentelle, ce n'est pas le simple rebord d'une cavité creusée avec perte de substance dans le tissu de l'os. Ce cercle peut être complet. Dans ce cas, il circonscrit exactement la tumeur, quelle que soit sa forme, et n'est jamais recouvert par elle. Quelquefois même la plaque osseuse s'avance peu à peu entre le péricrâne et la tumeur, et la recouvre complétement.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner la cause et le mécanisme de la formation de ce bourrelet osseux. Toutefois, je ne puis m'empêcher de rappeler une opinion que j'ai émise il y a longtemps, et qui diffère de celles généralement adoptées sur ce sujet.

Je ne discuterai pas l'opinion qui envisage l'existence du bourrelet comme liée à une déperdition de substance de l'os sur lequel siége le céphalomatome, pas plus que celle qui attribue la dépression cupulaire de l'os, à ce que le sang épanché agit sur le crâne à la manière d'un moyen de compression qui en entrave le développement dans un point, tandis que les parties environnantes, continuant à se développer, paraissent faire un relief dû à l'arrêt de développement de la partie déprimée.

Mais parmi les opinions qni supportent l'examen, je dois mentionner : 1° celle qui admet que la formation du bourrelet est due à l'ossification du périoste. Si je n'avais vu maintes fois le périoste passer complétement intact sur le bourrelet, sans y adhérer autrement que d'une manière lâche, fait que, de son côté, M. Valleix a mis en lumière, je pourrais admettre cette théorie que je comprends. Mais d'après ce que je viens de dire, elle est en contradiction trop positive avec les données de l'anatomie pathologique et avec l'observation que je mentionnerai plus tard, pour que je ne la repousse pas.

2° Il me reste à examiner l'opinion qui attribue à une sécrétion exclusivement périostique la formation du bourrelet osseux. Que le périoste prenne part à cette sécrétion, je n'en fais, pour ma part, aucun doute ; mais qu'il en soit l'agent exclusif, voilà ce que je ne puis admettre. Non pas qu'aucun principe de saine pathologie répugne à l'admission de cette origine de la sécrétion, mais tout simplement parce que son rôle exclusif n'est pas démontré. En effet, que voyons-nous ? A la limite de l'épanchement se produit un bourrelet osseux. Si nous considérons ce bourrelet à la manière d'un prisme triangulaire recourbé, nous lui voyons trois faces : l'une qui est en contact avec l'os, une autre avec le périoste, la troisième avec l'épanchement sanguin.

Eh bien ! d'où peut-on tirer la conclusion que ce soit exclusivement le périoste qui ait fourni le produit de sécrétion ? Pourquoi le tissu osseux lui-même y serait-il étranger ? Une sécrétion se produit autour d'un épanchement ; cette sécrétion est placée entre le périoste et l'os : comment êtes-vous autorisé à dire que le périoste a seul fourni le produit sécrété ? Pour moi, je ne vais pas au delà de ce que l'observation me démontre. Je constate seulement ceci : une sécrétion a eu lieu. Quel en est l'agent producteur ? Est-ce l'os seulement ? est-ce le périoste seulement ? sont-ce les deux tissus à la fois ? Je l'ignore.

Ce que je me borne à conclure, c'est que partout où existe, au contact d'un os, un travail phlegmasique, il se produit une sécrétion ossifiable. Affirmer qu'elle est exclusivement due au périoste, me paraît une proposition dénuée de preuve rigoureuse. Ce qu'on peut dire, c'est que, partout où une cause d'irritation agit sur le tissu des os, il se déclare, à la limite du mal ou dans son voisinage, un molimen, un travail de production osseuse, travail constant dans son origine qui est une irritation des os, mais quelquefois aveugle dans ses tendances, puisque, s'il est bienfaisant quand il a pour effet la consolidation des fractures et la réparation des pertes de substance aux parois des cavités osseuses, il s'exerce d'une manière moins intelligente quand il détermine l'ankylose à la suite d'une luxation, ou bien quand il entoure un séquestre qui doit être éliminé de l'organisme.

Le fait le plus extraordinaire peut-être de la guérison spontanée du céphalomatome est la résorption et la reconstitution successive du cercle osseux faisant anneau autour de l'épanchement.

D'après mes remarques, ce cercle osseux, à mesure que l'épanchement sanguin se résorbe et qu'il occupe moins d'espace, suit dans sa marche rétrocessive la réduction des dimensions de l'épanchement ; c'est-à-dire que si, au début, le cercle osseux entourait un espace égal en diamètre à celui d'une pièce de 5 fr., il ne présente plus, quand l'épanchement est en grande partie résorbé, que les dimensions de la circonférence d'une pièce de 1 franc.

La première pensée qui s'offre à l'esprit quand on cherche à se rendre compte de cette diminution du cercle osseux, c'est que celui-ci a éprouvé un retrait, une sorte de concentration sur lui-même, par un mode de déplacement dont, à la vérité, on ne comprend guère le mécanisme.

Mais ce n'est point ainsi que s'effectue cette remarquable partie du travail de la guérison spontanée. A mesure que l'épan-

chement sanguin diminue suivant son épaisseur, et suivant les diamètres de l'emplacement qu'il occupe à la surface de l'os, il se fait une résorption graduelle des molécules osseuses à la grande circonférence ou circonférence externe du bourrelet, et, coïncidemment à cette résorption excentrique, il se fait une addition successive de molécules nouvellement sécrétées à la partie interne ou petite circonférence de l'anneau. Cet anneau se reproduisant à son périmètre inférieur, à mesure qu'il se detruit à son périmètre extérieur, est soumis à un double mouvement simultané de destruction et de reproduction, et suit pas à pas la réduction graduelle des dimensions de l'épanchement.

Un second phénomène de la guérison spontanée du céphalomatome, c'est l'enkystement de la collection sanguine.

Toutes les fois qu'un épanchement sanguin se forme dans un point de l'organisme, pour peu qu'il y séjourne quelque temps, on le voit, même dans les tissus qui sont le moins aptes à ce genre de travail organique, on le voit s'enkyster ; c'est-à-dire qu'une enveloppe vivante, à parois distinctes des tissus au sein desquels s'est produit l'épanchement, se forme de toutes pièces autour du liquide épanché, et l'isole dans une enveloppe, dans une sorte de capsule spéciale. Longtemps on a cru que le tissu cellulaire des organes était la condition obligée et le moyen d'enkystement; mais l'observation a appris que la lymphe organisable qui se produit dans toute solution de continuité est bien plutôt l'élément productif de la membrane du kyste.

Ce travail de séquestration des épanchements se produit pour le céphalomatome, aussi bien que pour tout autre épanchement sanguin. Si, dans les premiers jours, l'interposition du sang au périoste et à l'os est directe et sans intermédiaire, au bout de quelque temps, une couche organique de nouvelle formation sépare d'un côté l'os de l'épanchement, de l'autre, celui-ci du périoste. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que celui des deux feuillets qui est appliqué contre l'os prend le caractère du tissu périostique; ce sont la même consistance, le même aspect, la même couleur, la même épaisseur. C'est là un point qui n'a été que très-imparfaitement étudié jusqu'ici, si même il a été.

L'histoire anatomico-pathologique et la thérapeutique du céphalomatome ne nous ont point encore dit leur dernier mot, et plus d'une question sur ce sujet demande encore, avant d'être résolue, de nouveaux documents. C'est comme pouvant jeter quelque lumière sur cette curieuse affection que je rapporte le résumé suivant d'une observation recueillie à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Un enfant nouveau-né, exposé à la crèche, fut apporté à la salle des ophthalmies, pour une ophthalmie purulente avec pseudo-membranes, affection dont il fut débarrassé en quelques jours. Cet enfant présentait sur le pariétal droit une tumeur fluctuante, que je reconnus au premier examen pour un céphalomatome.

Je résolus d'épargner toute opération à ce petit malade qui était très-faible, et d'observer la marche de la résorption ou de l'ouverture spontanée de la tumeur, suivant ce qui adviendrait. Au bout de six semaines, le céphalomatome, qui avait au début le volume d'un œuf de poule, avait sensiblement diminué, et ne présentait plus que les dimensions d'une petite noix. Pendant tout le temps que s'effectuait cette réduction graduelle et appréciable de semaine en semaine, nous observions que le bourrelet osseux qui, dans le principe, mesurait les diamètres d'un œuf de poule, suivait le retrait progressif des dimensions de l'épanchement. Lorsque celui-ci se fut complétement effacé à la surface du cuir chevelu, et qu'une forme régulière eut remplacé la bosse considérable et fluctuante primitivement formée par le céphalomatome, on trouvait encore des vestiges du cercle osseux et un point dépressible sur lequel nous reviendrons. La partie la plus saillante du cercle se trouvait près du bord supérieur du pariétal. L'enfant ayant succombé à la suite de vomissements et de diarrhées prolongés, notre attention, à l'autopsie, se porta principalement sur les vestiges que pouvait avoir laissés le céphalomatome, à la disparution duquel nous avions assisté du vivant du petit malade.

Avant d'enlever le cuir chevelu, des pressions exercées sur les différents points de la voûte du crâne, et notamment dans le lieu où avait siégé la tumeur, nous firent percevoir dans ce dernier point nne sensation singulière. Lorsque l'extrémité du doigt exerçait une pression forte sur ce point, une dépression se produisait, suivie d'un retour brusque par élasticité, de manière à donner la sensation d'un os très-mince et flexible, qui, déprimé un instant, se redressait aussitôt.

Je commençai par enlever le cuir chevelu avec la précaution de laisser le périoste parfaitement intact. Le seul fait digne d'attention pendant ce décollement, c'est que les adhérences celluleuses qui unissent l'aponévrose épicrânienne au périoste présentaient, dans le point correspondant au céphalomatome, plus de sécheresse et de résistance au décollement que dans tout autre point.

Je procédai ensuite au décollement du périoste lui-même, et

pour cela, je sectionnai sur trois côtés et près des bords du pariétal droit le périoste de cet os. Après l'avoir décollé vers les bords avec le manche du scalpel, je continuai à le détacher du reste de la surface de l'os par une traction douce. Le périoste, très-peu adhérent sur presque toute la surface de l'os, le devenait un peu plus au niveau du lieu d'emplacement du céphalomatome, et cela dans une étendue à peu près égale à celle d'une pièce de 2 francs. Cette adhérence, quoique plus prononcée qu'en aucun autre point, se détruisit avec une régularité parfaite et sans que le périoste fût intéressé en quoi que ce soit. Il passait donc intact et complet, sans aucune altération dans sa texture et son épaisseur, sur l'ancien foyer du céphalomatome. Ce foyer lui-même présentait les dispositions suivantes :

Une lame fibreuse très-épaisse, d'apparence semi-cartilagineuse, servait de couvercle au foyer. Elle avait pour limites et pour points d'implantation le léger relief formé par le cercle osseux réduit à des dimensions très-peu considérables. C'est cette lame dont la dépression momentanée par le doigt était suivie d'un redressement brusque et subit. Cette lame fibreuse, ayant été détachée dans une partie de sa circonférence et renversée sur elle-même, laissa voir l'intérieur d'un foyer contenant encore un peu de liquide de couleur jaune d'ocre, légèrement trouble. La quantité était égale au contenu d'une petite noisette. Ayant soumis à quelques lotions cette matière jaunâtre, nous reconnûmes qu'elle était séparée du tissu osseux par une lame périostique de nouvelle formation. Le résidu de l'épanchement sanguin était donc engaîné entre deux lames fibreuses, l'une externe très-épaisse, l'autre profonde, faisant fonction de périoste. L'espèce de kyste formé par les deux lames, qui se confondaient l'une avec l'autre au bourrelet osseux, et qui renfermaient entre elles deux le résidu liquide du céphalomatome, était recouvert à la manière d'un surtout par le périoste primitif qui restait ainsi complétement étranger à la composition du kyste.

Cette disposition, qui nous montre le périoste devenu étranger au contact du sang épanché, lequel est contenu dans un kyste propre et reste séparé de l'os par une lame périostique de nouvelle formation, diffère complétement de ce qui est mentionné dans les descriptions des auteurs les plus estimés. Cela tient sans doute à ce que ces auteurs n'ont observé que des céphalomatomes trop récents pour présenter l'enkystement, ou assez anciens pour que le périoste eût repris sa disposition primitive à l'égard de l'os.

Je terminerai ce travail en rappelant, pour les réfuter, les

conclusions que plusieurs auteurs ont admises sur le céphalomatome et son mode de guérison : j'exposerai ensuite celles que j'ai cru devoir déduire des faits observés par moi.

On a admis :

1° Que la formation du bourrelet osseux est l'œuvre exclusive du périoste. Cela n'est nullement démontré.

2° Que le péricrâne décollé par l'épanchement s'ossifie à sa surface intérieure. — Le périoste ne s'ossifie pas : il se forme entre cette membrane et l'os une production osseuse nouvelle, mais aucune partie de l'épaisseur du périoste ne devient le siége de la transformation osseuse.

3° Qu'au fur et à mesure que le sang extravasé est absorbé, le péricrâne ossifié se rapproche de l'os et finit par s'unir intimement à lui. — C'est toujours la même supposition de l'ossification du périoste, supposition dont je n'admets pas la justesse. Et puis, quant à la réadhésion du périoste antérieurement décollé par l'épanchement, je dirai que ce n'est pas avec cette simplicité que se passent les choses. Il y a enkystement préalable du foyer sanguin, et c'est une période dont on ne semble pas se douter.

Voici maintenant les conclusions qui me paraissent devoir se déduire des faits que j'ai observés :

1° L'épanchement sanguin du céphalomatome, quand ce dernier n'est pas troublé dans sa marche naturelle par l'ouverture de la tumeur, s'enkyste au moyen de deux membranes de nouvelle formation, l'une, qui se forme entre l'épanchement et l'os, l'autre entre l'épanchement et le perioste.

2° Le feuillet qui sépare l'épanchement de l'os prend l'aspect et le caractère d'un véritable périoste.

3° Le bourrelet osseux du céphalomatome diminue en diamètre, au fur et à mesure de la diminution de l'épanchement.

4° La migration concentrante du bourrelet osseux s'accomplit par la double action simultanée d'une résorption à la circonférence externe, et d'une reproduction concentrique à la circonférence interne du bourrelet.

5° On ne doit opérer que les céphalomatomes qui se montrent tout à fait au-dessus des ressources de l'organisme quant à la résorption spontanée.

6° La chance de produire une suppuration dans le foyer du céphalomatome, maladie qui, par sa nature, ne comporte pas nécessairement ce travail pathologique, doit rendre très-circonspect dans l'emploi des procédés opératoires, dont aucun n'est à l'abri de cette conséquence.

7° Chez l'enfant nouveau-né, il est permis de compter sur

une grande puissance de résorption, et des épanchements sanguins volumineux peuvent se résorber d'une manière complète.

Note du rédacteur. Pour compléter ce travail intéressant de M. Chassaignac, nous devons mentionner le procédé à suivre lorsqu'on est forcé d'ouvrir ces bosses sanguines. Ordinairement le céphalomatome se resorbe pendant les six premières semaines de la vie, en suivant la marche que décrit notre habile confrère ; lorsqu'il dépasse ce terme, quelquefois il se forme un kyste séreux, contenant un liquide roussâtre, rouillé, semblable à celui qu'on observe à l'intérieur des kystes qui se montrent aux mamelles à la suite des contusions ; mais le plus souvent l'épanchement sanguin persiste, le kyste s'enflamme, s'abcède, amène la fièvre et la nécrose du crâne.

Dans ces circonstances, il importe donc de prévenir par une opération ce résultat toujours funeste. Or, quel procédé suivre? C'est ce qu'il faut établir, car il y a des chirurgiens qui donnent à ces tumeurs un coup de bistouri, sans s'inquiéter de ce qui peut arriver après. A la suite de l'ouverture des céphalomatomes, deux dangers sont à éviter : l'apparition d'un érysipèle et la formation d'un abcès. Voici la pratique qui, suivant M. Trousseau, met le plus sûrement à l'abri de ces deux rédoutables accidents : « Avec un bistouri étroit, tenu comme pour couper de dedans en dehors, on fait à la partie inférieure de la tumeur une ponction ; on presse pour en extraire le sang qui y est contenu ; on tâche de la vider complétement. Cela fait, et pour empêcher l'introduction de l'air, qui pourrait produire des accidents inflammatoires, on établit la compression. C'est une chose bien simple : on se sert de bandelettes de diachylon larges de douze à quatorze millimètres, d'une longueur telle qu'elles aillent d'une joue à l'autre. Le premier chef est appliqué en serrant fortement sur le milieu de la tumeur. La seconde bandelette est placée en croix sur la première, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait couvert toute la tumeur. Cela fait, d'une large bande faites un tour autour du front, tirez en bas sur les bandelettes, et faites un second tour de bande ; coupez alors les bandelettes à un centimètre au-dessous du bord inférieur de la bande, relevez les bandelettes, et faites un troisième tour de bande. Il est impossible, après que tout est ainsi vigoureu ement comprimé, que l'air puisse s'introduire dans la tumeur ; et si, huit à dix jours après, vous ôtez l'appareil, tout à disparu. C'est une chose très-simple, elle ne demande pas beaucoup d'habileté chirurgicale, mais elle guérit, et c'est l'essentiel.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. 17. *Des appareils de mouvement et de leur utilité dans le traitement des maladies articulaires;* par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite : *voir* t. X, octobre 1848, p. 144.)

(Gazette médicale de Paris, N° 45 ; 1848.)

DEUXIÈME PARTIE.

CHAP. Ier. — *Appareils de mouvement destinés au genou.* — Lorsque je recherche pourquoi l'immense majorité des auteurs classiques recommandent l'immobilité dans le traitement des maladies chroniques du genou, tandis qu'à mes yeux le mouvement est si nécessaire, si indispensable même, je crois en trouver la raison dans l'observation suivante. Sitôt qu'un malade, dont le genou est altéré d'une manière quelconque, se lève et essaye de marcher, ses douleurs augmentent ; elles se calment, au contraire, s'il se repose, et on les voit ainsi diminuer par le repos et s'aggraver par l'exercice. Ce fait observé souvent a entraîné presque toutes les convictions et conduit les partisans de l'immobilité à persévérer dans leur funeste doctrine.

Cependant si, au lieu d'imposer aux malades la marche, exercice complexe dans lequel la station verticale est associée aux contractions musculaires ; si, dis-je, au lieu de leur imposer la marche de prime abord, on fait exécuter des mouvements artificiels dans la position horizontale, ceux-ci ne produisent qu'une douleur passagère, chaque jour décroissante, et après leur emploi plus ou moins prolongé la marche devient moins pénible.

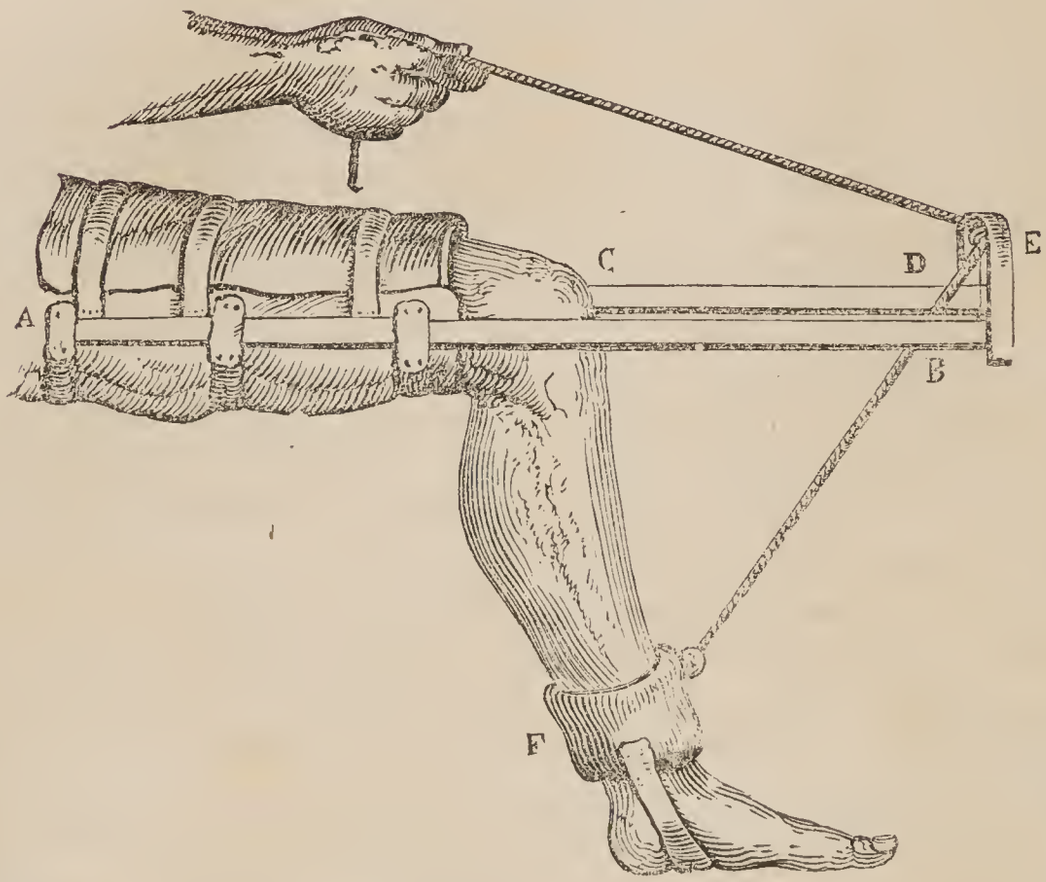
L'utilité des mouvements artificiels est subordonnée à la manière dont ils sont exécutés ; il faut qu'ils soient pratiqués chaque jour pendant un espace de temps qui varie d'une à deux heures en plusieurs séances ; il faut qu'ils aient lieu, sans secousses et sans produire de douleur ; il faut surtout que l'impulsion extérieure se combine et s'harmonise avec l'effort des muscles qui meuvent la jambe sur la cuisse.

Ces diverses conditions ne peuvent être remplies d'une manière satisfaisante par l'intervention du chirurgien ou des aides dans la production des mouvements artificiels. Ainsi que je l'ai démontré plus haut, il est nécessaire que ce soit le malade lui-même qui les fasse exécuter, et il ne peut le faire qu'avec des appareils spéciaux.

Ceux que j'ai fait construire dans ce but sont pour le genou, comme pour les autres articulations, simples ou composés. Je vais décrire les uns et les autres, en indiquant seulement quelques-uns des modes de construction auxquels j'ai eu recours.

Appareils simples de mouvement pour le genou. — L'inspection seule de la figure n° 1 suffit pour faire comprendre la construction de ce genre d'appareil et le procédé à suivre pour le mettre en usage.

N° 1.



La cuisse, comme on le voit, est fixée par une sorte de gouttière qui l'enveloppe. Deux tiges en fer aplaties latéralement A B, C D, placées sur les côtés de la cuisse et faisant partie de la gouttière, s'étendent horizontalement en avant, suivant l'axe du fémur. Elles sont réunies à leur extrémité antérieure par une traverse cintrée qui supporte une poulie E. Autour de celle-ci, glisse la partie moyenne d'une corde dont une extrémité est attachée à un bracelet F qui entoure le bas de la jambe, et dont l'autre extrémité est placée entre les mains du malade. Les tractions exercées par celui-ci se transmettent à la jambe et produisent l'extension ; lorsque, au contraire, les tractions sont interrompues, le mouvement de flexion a lieu sous l'influence de la pesanteur, la jambe étant alors entraînée en bas par son propre poids.

Un appareil aussi simple est facile à réaliser ; il est peu dispendieux, et le malade peut, à l'aide de ce moyen, faire manœuvrer le genou pendant tout le temps qu'on juge convenable. Je ne l'ai mis en pratique que dans un cas de maladie du genou ;

c'était une inflammation chronique, ayant donné lieu à l'absorption des cartilages. Lorsque l'on fléchissait le membre, il y avait des craquements, perceptibles non-seulement à la main appliquée sur le genou, mais à l'oreille placée à distance. Pendant trois semaines que j'ai eu la malade sous les yeux, j'ai pu m'assurer que l'appareil remplissait parfaitement le but auquel il était destiné, et qu'une amélioration notable avait été obtenue. L'emploi de l'appareil a été continué pendant trois mois encore, et l'amélioration a fait de nouveaux progrès sans constituer cependant une guérison complète. Les craquements n'ont point disparu, mais la malade a recouvré la faculté de marcher sans fatigue pendant une ou deux heures de suite, et elle a pu traverser un hiver sans être obligée de se mettre au lit, ce qu'elle n'avait pas fait depuis quatre ou cinq ans.

Appareils destinés tout à la fois à faire mouvoir le genou et à mesurer l'étendue de ses mouvements. — L'appareil simple qui vient d'être décrit offre plusieurs désavantages qui m'ont conduit à ne pas l'adopter dans la généralité des cas.

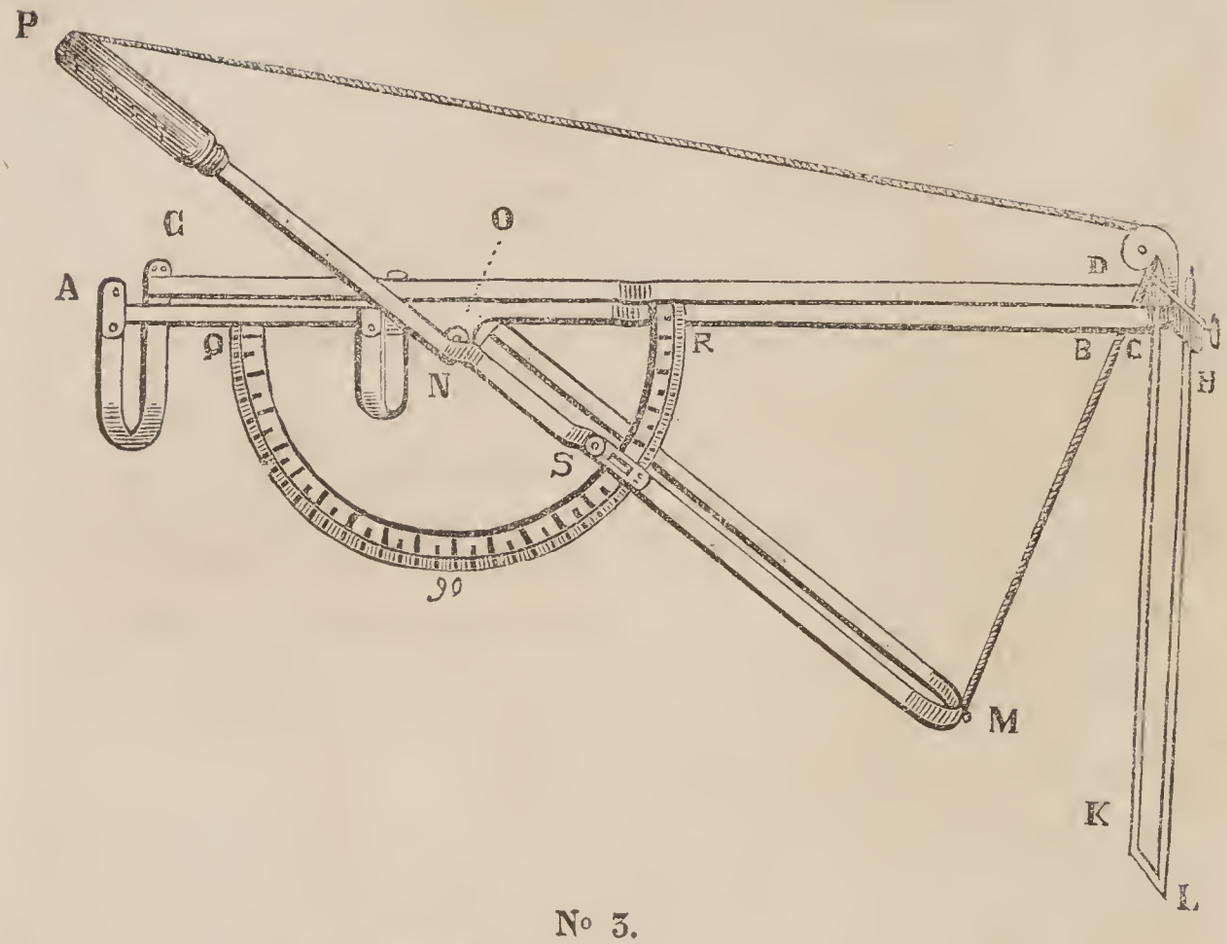
1° S'il permet d'étendre la jambe aussi complétement que possible, il est impuissant à produire la flexion à angle aigu. Lorsque la traction cesse, la jambe se fléchit, entraînée qu'elle est par son propre poids ; mais elle ne va pas au delà de l'angle droit.

2° Lorsque l'on a obtenu un certain degré d'extension, l'on ne peut que difficilement y maintenir le membre pendant le temps qu'on juge convenable.

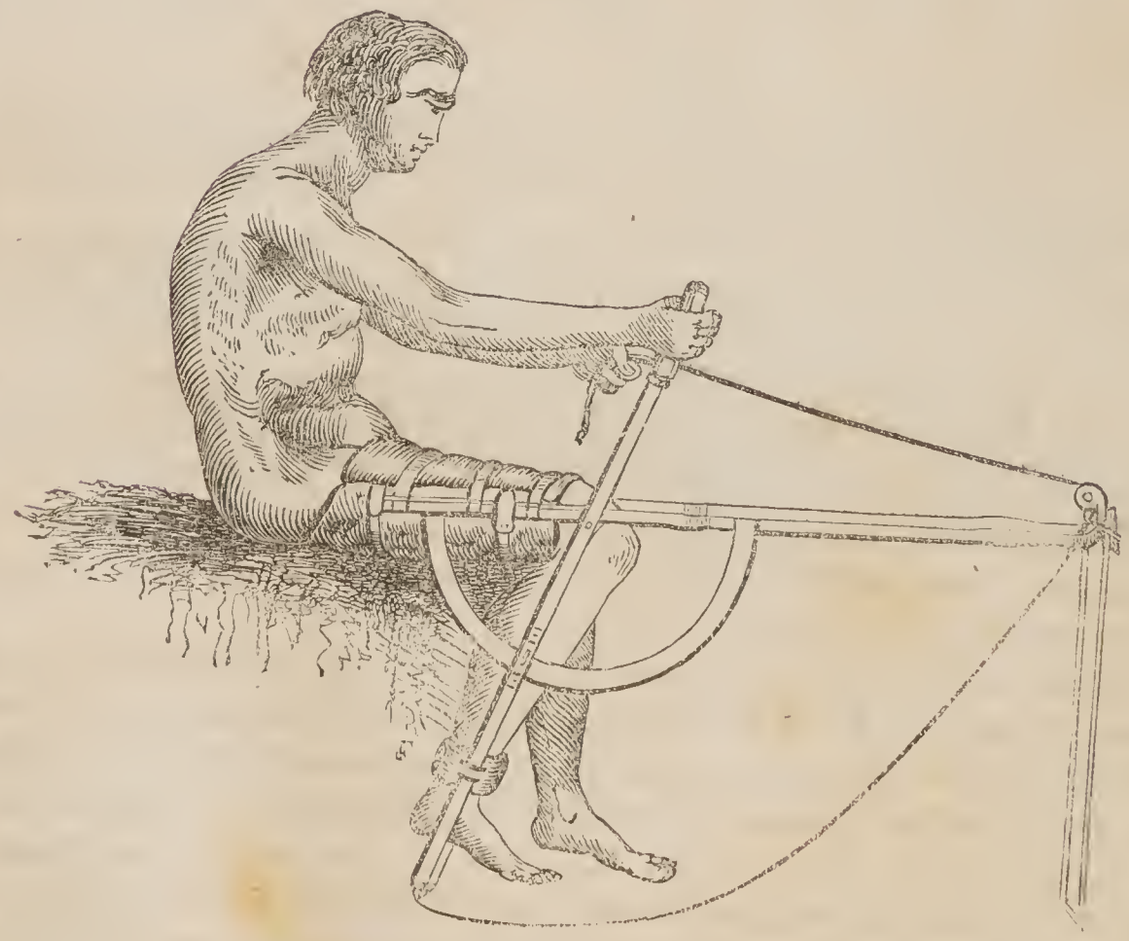
3° Enfin on ne peut pas mesurer rigoureusement l'étendue des mouvements primitifs et les progrès graduels qu'on obtient dans le cours du traitement.

J'ai fait disparaître tous ces inconvénients au moyen de l'appareil dont on voit la construction et le mode d'application dans les deux dessins suivants ;

N° 2.



N° 3.



On retrouve dans ces appareils les dispositions du précédent, et de plus des additions qui le complètent. (Voy. fig. n° 2.)

Ainsi, à l'extrémité antérieure des tiges horizontales A B, C D, est ajouté un support G H K L, destiné à assurer la fixité de l'appareil. Ce support est formé par un cadre placé verticalement, et reposant sur le sol par l'un de ses bords. La gouttière qui enveloppe la cuisse, la corde qui se réfléchit sur la poulie et qui produit l'extension, présentent dans les deux appareils la même disposition ; mais au lieu de se fixer directement sur le bas de la jambe, une des extrémités de cette corde est attachée à une traverse M. qui réunit en bas deux tiges parallèles et mobiles, articulées dans le point N et O avec les prolongements horizontaux A B, C D de l'appareil. La jambe est placée entre les deux tiges, et maintenue par un coussin F muni de courroies (voy. fig. 3) ; elle est disposée de manière que l'articulation du genou soit au niveau du point de réunion des tiges mobiles avec les tiges horizontales. Le manche P (fig. 2), qui prolonge en haut l'une des tiges mobiles (celle qui correspond au côté externe du membre), sert à produire le mouvement de flexion à angle aigu, et peut au besoin servir aussi pour les mouvements d'extension. Au côté externe de l'appareil est adapté un demi-cercle gradué Q R, dont le centre correspond à celui des mouvements. Ce demi-cercle, dont la convexité est dirigée en bas, est fixé à la tige horizontale A B, et il est placé de manière que la tige mobile P M glisse sur sa face interne comme une aiguille sur un cadran. Un collier de fer et une vis de pression S permettent d'arrêter la tige P M sur le cadran Q R. Le manche de la tige mobile P M, placé au côté externe de l'appareil, est fixé par des clous à vis, et peut être adapté d'un côté ou de l'autre de l'appareil, suivant qu'il s'agit du genou droit ou du genou gauche.

Ainsi, le manche placé au côté interne de l'appareil permet de produire le mouvement de flexion ; à l'aide du cadran gradué, on reconnaît avec précision l'étendue des mouvements et les changements qu'ils éprouvent. Enfin, grâce à la vis de pression, on peut maintenir la jambe à tous les degrés de flexion ou d'extension où l'on désire la fixer.

On remarquera que, dans le dessin n° 3, les prolongements horizontaux A B, C D sont plus longs que la jambe, tandis que, dans le dessin n° 1, ils sont plus courts. L'une et l'autre disposition peuvent être adoptées ; l'essentiel est que le pied ne vienne point frapper contre la barre transversale. La disposition que présentent les figures 2 et 3 est toutefois préférable, en ce qu'elle permet à la corde de tension de tomber perpendiculairement sur la tige à mouvoir.

Ces appareils seraient complets, si à la possibilité de produire

la flexion et l'extension du genou, ils ajoutaient celle de déterminer les mouvements de rotation du tibia sur le fémur. Malgré cette imperfection, que je m'occupe de faire disparaître, ils remplissent toutes les conditions essentielles.

Chaque jour, pendant leur usage, on voit la mobilité s'accroître d'un nombre de degrés plus ou moins grand. Les muscles, qui sont toujours atrophiés autour du genou atteint de maladie chronique, se développent, soit sous l'influence de la vitalité que leur impriment les mouvements artificiels, soit sous l'influence des contractions que ces mouvements sollicitent. La chaleur de la peau est augmentée, et une excitation générale est provoquée par l'exercice musculaire qui est nécessaire pour faire fonctionner l'appareil.

Dans les premiers temps les mouvements produisent en général du gonflemment et de la chaleur dans le genou. Leur effet, sous ce rapport, est semblable à celui d'une douche énergique ; mais ces symptômes se dissipent après quelques heures de repos, et au bout d'un temps plus ou moins long, ils cessent de se reproduire.

Application des appareils de mouvement aux roideurs du genou, suites de l'immobilité.— J'ai fait trois fois l'application des appareils de mouvement à des malades dont les genoux avaient été enroidis à la suite de fractures.

Dans le premier de ces cas, la cuisse avait été fracturée près du genou et l'emploi des moyens de contention avait été prolongé pendant soixante-quinze jours. Ce ne fut que trois mois et demi après l'accident que l'appareil de mouvement fut mis en usage, avec toutes les précautions que j'ai recommandées. L'amélioration fut lente, mais deux mois après le début du traitement, la mobilité était aussi complète que dans l'état normal.

Comme, dans ce cas, l'on n'avait point essayé tout ce que pouvaient faire le temps et les efforts spontanés du malade, on peut douter de l'influence heureuse qu'a exercée l'appareil, il n'en a pas été de même dans deux cas de roideur extrême du genou, que j'ai traités à ma clinique dans l'hiver de 1848. Les deux malades dont il s'agit (J. Chapotat, C. Blanc) avaient été débarrassés de leurs appareils de fracture : l'un depuis trois mois, l'autre depuis trois mois et demi, et malgré les efforts qu'ils avaient faits pendant ce temps, leurs genoux pouvaient à peine exécuter des mouvements de 10 à 15 degrés, et la marche ne leur était possible qu'à l'aide de deux béquilles. Grâce à l'appareil de mouvement, représenté fig. 2 et employé plusieurs fois dans la journée, pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure

chaque fois, la mobilité de la jointure s'accrut chaque jour d'un à deux degrés. Après un traitement de cinq semaines pour l'un, de six semaines pour l'autre, la flexion pouvait se rapprocher de l'angle droit, les béquilles n'étaient plus nécessaires et la marche avait lieu avec une facilité, sinon complète, au moins très-satisfaisante.

Je me borne à citer succinctement ces faits. Les avantages qu'on peut retirer de ma méthode dans les maladies produites et entretenues par l'immobilité est d'une si grande évidence, qu'elle semble pouvoir se passer d'une démonstration expérimentale.

Application des appareils de mouvement aux inflammations chroniques de l'articulation du genou. — Ces inflammations chroniques succèdent à des inflammations aiguës, ou présentent à toutes les périodes de leur durée une marche lente.

Le cas suivant est un exemple de l'application des appareils de mouvement à l'arthrite chronique qui succède à une inflammation aiguë.

Arthrite rhumatismale très-intense, localisée dans le genou gauche; passage de la maladie à l'état chronique; emploi utile des appareils de mouvement.

Obs. I. — Le sujet de cette observation est un nommé Jean Escalier, âgé de 45 ans, et exerçant la profession de terrassier. C'est un homme bien constitué, mais sujet à des douleurs rhumatismales. Il vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 28 octobre 1847 pour se faire traiter d'une inflammation aiguë très-intense du genou gauche. Cette inflammation datait de six jours; elle avait tous les caractères de celles qui sont constituées par des épanchements de sérosité et de lymphe plastique dans l'articulation du genou. Au bout d'un mois, les accidents aigus furent calmés, grâce à un traitement très-énergique local et général. On employa successivement deux saignées du bras, l'émétique à haute dose, la teinture de colchique. On maintint le genou immobile dans une gouttière; on le recouvrit de cataplasmes délayés dans de l'alcool camphré, etc.

Le 24 novembre, après ce traitement actif, l'hydarthrose s'était en grande partie dissipée; mais les parties molles qui entourent la jointure étaient gonflées, les mouvements imprimés à la rotule et ceux que l'on faisait exécuter à la jambe s'accompagnaient d'une crépitation très-marquée; la marche était impossible; la jambe, habituellement droite, ne pouvait se fléchir que dans l'étendue de 25 à 30 degrés.

Du 24 novembre au 8 décembre, le malade prit tous les jours un bain et une douche de vapeur chaude. Sous l'influence de ce moyen, l'engorgement du genou diminua, mais ses mouvements ne se rétablirent pas d'une manière appréciable.

A partir du 10 décembre jusqu'an 25, le malade fit usage de l'appareil pour les mouvements du genou (voy. dessins n° 2 et n° 3). On ne tarda pas à voir la mobilité de la jointure s'accroître de jour en jour, et l'engorgement des parties molles se dissiper entièrement. Ces mouvements artificiels, pratiqués pendant une demi-heure d'abord, puis pendant une et deux heures chaque jour, constituèrent tout le traitement pendant cette dernière quinzaine. Le résultat obtenu fut des plus satisfaisants. La marche devint facile, les douleurs cessèrent entièrement, et le malade, se sentant tout à fait en état de reprendre les travaux pénibles de sa profession, demanda à quitter l'hôpital. L'articulation du genou avait recouvré ses fonctions dans toute leur intégrité ; les mouvements de flexion et d'extension, aussi complets qu'à l'état normal, s'exécutaient sans faire entendre de craquements.

On produisait encore un peu de crépitation lorsque, imprimant un mouvement de latéralité à la rotule, on faisait glisser sa face profonde sur le condyle externe du fémur.

La maladie avait produit dans la jointure des altérations anatomiques graves, caractérisées par l'hydarthrose, la difficulté des mouvements et la crépitation entre les surfaces articulaires. On sait combien, dans ces cas, le mal a de la tendance à se perpétuer, et combien de temps il faut pour que les mouvements articulaires se rétablissent. N'est-il pas hors de doute alors que l'emploi de l'appareil a puissamment contribué à obtenir une guérison que tous les autres moyens avaient laissée incomplète.

Les cas d'inflammation chronique qui durent depuis un grand nombre de mois, et qui ont présenté une marche lente à toutes les périodes de leur existence, s'observent bien plus fréquemment que l'arthrite, dont il vient d'être question. Les appareils de mouvement peuvent être d'un grand secours dans leur thérapeutique, comme on en jugera par les observations suivantes ; mais, il faut bien le remarquer, l'indication de rétablir le mouvement n'est pas la première à remplir. Avant de s'occuper de la fonction, on peut avoir à remédier aux changements survenus dans la forme et dans la structure, ce qui a lieu, par exemple, lorsque la jambe est maintenue dans la flexion et dans l'abduction, ou lorsque la cavité synoviale est remplie par de la sérosité.

En même temps que l'on satisfait aux exigences du traitement

local, on doit s'occuper de détruire par un traitement général la cause intérieure de la maladie.

C'est d'après ces principes qu'ont été traités les deux malades dont je vais citer l'observation ; leur histoire donnera une idée de la combinaison de moyens, qui permet seule d'obtenir quelques succès dans la thérapeutique des maladies articulaires, et des avantages qu'on peut retirer, dans cette combinaison de moyens, des appareils de mouvement.

Arthrite chronique du genou gauche, datant de huit ans; gonflement douloureux de la jointure, sans suppuration ; flexion et abduction de la jambe ; mouvements très-bornés ; sections tendineuses ; mouvements artificiels; bains de vapeur et douches froides ; guérison.

Obs. II. — Antoine Gattel, âgé de 18 ans, d'une bonne constitution, est entré dans la salle Saint-Philippe, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 29 mai 1847. Sa maladie date de près de huit ans ; elle s'est développée sans cause précise, probablement sous l'influence de l'humidité. Suivant le récit du malade, le genou gauche était très-volumineux, et il se fit une ouverture qui suppura pendant une dixaine de mois. On voit au-dessous de la rotule, en dedans de l'épine du tibia, la cicatrice qui a succédé à ce trajet fistuleux. Pendant cette première période de la maladie, Gattel garda le repos au lit, et il fut traité par les sangsues et les cataplasmes émollients. Après une année, l'état du genou s'améliora et la marche fut possible. Cinq ans se passèrent pendant lesquels le malade, quoique souffrant un peu, n'interrompit pas son travail ; il était alors occupé aux travaux de la campagne. Plus tard, il apprit le métier de tisserand, et dès lors les douleurs et le volume du genou augmentèrent. Des vésicatoires, des emplâtres stibiés et un cautère, furent successiment appliqués autour de la jointure et produisirent de l'amélioration ; mais la marche était toujours très-difficile, et Gattel ne pouvait pas travailler. Il vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où pendant les quatre premiers mois de son séjour il fut soumis au repos et à l'emploi des douches de vapeur et des frictions camphrées. La maladie du genou s'amenda et les douleurs cessèrent d'une manière à peu près complète.

Dans les premiers jours d'octobre, au moment où je pris le service de la clinique chirurgicale, le genou avait encore une augmentation de volume telle, que sa circonférence dépassait de 3 centim. la circonférence du genou droit, laquelle était de 0,35. Il n'y avait pas de fluctuation autour de la jointure ; mais les dé-

pressions et les saillies normales du genou étaient voilées par l'engorgement des parties molles. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané paraissaient intacts. La rotule était mobile, les mouvements que l'on imprimait à cet os et ceux que l'on faisait exécuter à la jambe s'accomplissaient sans crépitation et sans douleur. La mobilité du genou était d'ailleurs très-bornée ; la jambe était habituellement placée dans une extension incomplète, telle que l'axe du tibia aurait fait avec l'axe du fémur, idéalement prolongé en bas, un angle de 25° ; l'extension ne pouvait pas être portée plus loin ; le mouvement de flexion dépassait à peine l'angle droit. La jambe était portée dans une abduction et dans une rotation en dehors très-prononcées. Le tibia avait subi un commencement de déplacement en arrière sur les condyles du fémur ; la jambe et la cuisse étaient notablement atrophiées. Le malade marchait avec beaucoup de peine ; le pied gauche ne touchait le sol que par son extrémité antérieure et la claudication était extrême.

A cette époque, l'inflammation de la jointure paraissait en grande partie dissipée, et les fonctions du membre inférieur semblaient gênées, surtout par la difformité qui avait été la conséquence de la maladie articulaire ; il y avait donc lieu de remédier d'abord à cette difformité. Les tendons du jarret et spécialement ceux du côté externe étant fortement tendus, et s'opposant au redressement de la jambe, je me déterminai à en faire la section et à couper en même temps l'aponévrose fémorale externe. Déjà, dans des cas analogues, j'avais pratiqué avec succès la section de cette aponévrose ; j'y avais été conduit par la connaissance des travaux de M. Palusciano (de Naples). Ce chirurgien a montré, en effet, que l'aponévrose fémorale externe ou plutôt le tendon du muscle du fascia lata qui se confond avec elle a une grande influence sur la rotation en dehors et sur l'adduction de la jambe (1).

Le 5 octobre, l'opération fut pratiquée de la manière suivante sur le malade préalablement éthérisé :

Une piqûre est faite à la peau au côté externe du creux du jarret, à 4 centim. au-dessus de l'articulation, au niveau du bord interne du biceps. Par cette ouverture, je fais glisser un long ténotome sur la face interne du biceps entre ce muscle et le fémur, et je remonte ainsi en dedans de l'aponévrose jusqu'au niveau de la face antérieure de la cuisse. Je retourne alors l'instrument, de manière que le tranchant soit dirigé du côté de la

(1) *Du musclérotateur externe de la jambe et de la luxation consécutive du genou.* Lyon 1847.

peau, et pressant sur celle-ci avec le pouce de la main gauche, en même temps que le ténotome est guidé par la main droite, je coupe de dedans en dehors le biceps et l'aponévrose. La dépression qui existe au niveau de la section indique que toutes les parties qui offraient de la résistance ont été divisées. Cette manière de procéder avait pour but d'éviter la lésion du nerf poplité externe, qu'il est difficile de ne pas intéresser lorsque l'on incise, suivant les procédés ordinaires, de l'extérieur vers les parties profondes. Une autre incision faite au côté interne du creux poplité servit à introduire le ténotome au-dessous des tendons de cette région, lesquels furent divisés de la même manière que les précédents.

Le résultat immédiat de l'opération fut la cessation à peu près complète de l'abduction et de la rotation en dehors; la jambe s'étendit un peu mieux, mais non pas entièrement. Les piqûres ayant été recouvertes d'une bandelette de diachylon, le membre fut placé dans une gouttière droite; une genouillère maintenue par des courroies assurait l'immobilité et l'extension de la jambe.

Du 5 au 15 octobre, le malade garda le repos; l'inflammation consécutive aux sections sous-cutanées fut presque nulle; néanmoins le genou fut pendant quelques jours plus rouge et plus volumineux qu'avant l'opération.

Le 15, on commence l'usage de l'appareil de mouvement (fig. n° 2). Le genou présente encore une circonférence de 0,38. Les dépressions normales des côtés de la rotule ne sont pas appréciables; la marche est très-difficile; le malade a besoin pour faire quelques pas de s'appuyer fortement sur un bâton. Il se plaint surtout que son membre gauche manque de force; il lui semble que le poids de son corps serait trop lourd, et qu'il tomberait immédiatement s'il essayait de marcher sans appui.

Le 28, le malade continue à se servir de l'appareil; il prend en outre des douches de vapeur chaude. L'examen du genou montre que le mouvement de flexion s'est accru de 20°; le mouvement d'extension a gagné 12°. L'engorgement du genou a diminué d'une manière très-notable; la peau n'est plus tendue et les méplats commencent à se dessiner. C'est d'ailleurs sur la facilité de la marche que le traitement a eu l'influence la plus favorable; le malade commence à faire quelques pas sans bâton.

Jusqu'au 8 décembre, époque à laquelle Gattel demanda à quitter l'hôpital, les mouvements artificiels furent pratiqués pendant deux ou trois heures chaque jour. Le malade a pris pendant le mois de novembre une quinzaine de bains de vapeur chaude,

suivis de la douche froide en colonne tombant de 64 pieds, qu'il recevait sur tout le corps et spécialement sur le genou gauche. Ce dernier moyen a fortifié, dit-il, beaucoup sa jambe ; il marche maintenant sans bâton et la claudication est peu apparente. La circonférence du genou n'est plus que de 0,365 m. Les mouvements de la jointure sont faciles et étendus. Cependant toute difformité n'a pas cessé ; les condyles du fémur font encore un peu de saillie en avant ; l'extension n'est pas aussi complète que du côté droit ; l'abduction et la rotation en dehors ont entièrement disparu ; le genou n'est le siége d'aucune douleur, soit à l'état de repos, soit pendant les mouvements.

Selon toute probabilité, les résultats du traitement deviendront de plus en plus parfaits à mesure que le malade marchera et que la jointure sera plus exercée. Tels qu'ils sont d'ailleurs, ils sont parfaitement satisfaisants, puisque la marche sans aide est facile et sûre, et que le pied repose à plat sur le sol. Auparavant la pointe du pied seule servait de point d'appui, et pour faire quelques pas il fallait de toute nécessité le secours d'un bâton.

Hydarthrose chronique datant de cinq ans ; flexion et abduction de la jambe ; sections sous-cutanées ; douches de vapeur et douches d'eau froide, mouvements artificiels de l'articulation du genou ; guérison.

Obs. III.—Dans le courant du mois d'août 1847, je fus consulté pour un jeune homme de 14 ans (Fiard), d'une bonne constitution, atteint d'une maladie du genou gauche. On me donna les renseignements suivants : le mal s'était développé après une chute dans l'eau, et à la suite d'une contusion du genou. Immédiatement après cette contusion, il y eut seulement un peu de gêne dans les mouvements. Le cinquième jour cependant, le genou était devenu volumineux, et la marche étant très-douloureuse, on appliqua 12 sangsues ; plus tard, on eut recours aux vésicatoires. Fiard fut conduit aux eaux d'Uriage et aux eaux d'Aix ; il fit des fomentations avec des décoctions narcotiques et résolutives, etc. Pendant ce traitement, qui fut interrompu et repris à diverses époques, et qui dura quatre ans, le malade ne cessa de marcher qu'à de rares intervalles. Cependant l'hiver de 1846 à 1847 fut marqué par une aggravation des symptômes. Le volume du genou s'accrut notablement, et le malade dut garder le repos pendant plus d'un mois ; l'influence du froid humide parut être la cause de cette recrudescence de la maladie. Au printemps, Fiard retourna aux eaux d'Aix, en Savoie, où des

douches d'eau chaude furent administrées et produisirent un peu d'amélioration.

Voici quel était l'état du genou malade le 15 août 1847. La circonférence, dans le point le plus volumineux, était de 0,330^{mm} ; celle du genou sain était de 0,305^{mm}. La rotule était un peu soulevée par le liquide qui existait dans la cavité articulaire. La fluctuation était facile à apercevoir sur les côtés de la jointure, et l'on avait en outre la sensation de corps étrangers peu volumineux qui glissaient sous les doigts pendant l'exploration. Je pensai qu'il s'agissait d'un épanchement de sérosité dans la cavité synoviale, avec production de fausses membranes devenues l'origine des corps étrangers que l'on sentait dans le genou. Dans l'état de repos, il n'y avait pas de douleurs ; mais la marche était fatigante et douloureuse ; elle s'accompagnait d'une claudication très-prononcée. La jambe ne pouvait pas s'étendre complétement ; elle formait avec l'axe du fémur un angle de 15 degrés environ ; la flexion extrême était de 90 degrés. Il y avait en outre une abduction de 10 degrés et un peu de rotation en dehors. Le bassin étant incliné du côté malade, il y avait un allongement apparent de 2 centimètres.

Dans la pensée qu'il fallait en premier lieu remédier aux lésions qui s'opposaient physiquement à l'exercice des fonctions du genou, je pratiquai le 19 août deux opérations sous-cutanées, destinées à diminuer le volume de l'hydarthrose, et à rendre à la jambe sa rectitude. A l'aide d'un long ténotome dirigé très-obliquement de bas en haut, j'incisai la synoviale dans le cul-de-sac qu'elle présente au-dessus de la rotule, à 6 centimètres au moins de l'ouverture de la peau. Cette incision avait pour but de donner issue au liquide de l'hydarthrose, et de le faire passer dans le tissu cellulaire situé entre le triceps et le fémur. Je fis ensuite la section du tendon du biceps et du faisceau externe de l'aponévrose fascia lata, suivant le procédé qui a été décrit dans l'observation précédente. Après l'opération qui fut faite pendant le sommeil provoqué par l'éthérisation, la jambe fut placée dans une gouttière, et maintenue dans l'extension au moyen d'un coussin qui pressait sur le genou.

La douleur n'a été un peu plus vive que pendant le premier jour ; il est survenu aussi un peu de gonflement ; tous ces symptômes étaient dissipés le 28 août. On put reconnaître alors que l'abduction et la rotation en dehors avaient cessé d'une manière à peu près complète, et que les mouvements de flexion et d'extension étaient moins limités. L'hydarthrose était moins considérable ; on sentait encore néanmoins la fluctuation et les corps

étrangers. Toute trace d'inflammation ayant disparu, je ne craignis pas d'imprimer à la jambe des mouvements violents de flexion et d'extension, dans le but de rompre les adhérences anciennes ou récentes qui pouvaient s'opposer à la mobilité de la jointure. Je pus fléchir la jambe de manière à amener le talon en contact avec la fesse, et je produisis l'extension à peu près complète. Ces manœuvres ne furent douloureuses que momentanément.

Le 1er septembre, la circonférence du genou malade avait diminué d'un centimètre; elle n'était plus que de 0,32. La marche était plus facile; cependant les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale étaient loin de s'exercer d'une manière parfaite, et il y avait encore beaucoup de claudication. La tension extrême du muscle demi-tendineux montrant que ce muscle était une des causes qui s'opposaient à l'extension complète de la jambe, j'en fis la section sous-cutanée. Cinq jours après, on commençait l'usage de l'appareil de mouvement. (Fig. n° 2.)

Indépendamment de ces moyens mécaniques, on fit suivre au malade un traitement général et local, ayant spécialement pour but de ranimer les fonctions de la peau et d'exercer une action résolutive sur la maladie du genou. On fit chaque jour des enveloppements dans la couverture de laine, suivis de frictions avec le drap mouillé. Après trois semaines de l'emploi de ce moyen, je prescrivis les bains de vapeur, suivis de la douche froide.

Le 15, l'amélioration était déjà très-marquée; le volume du genou avait encore diminué et sa forme se rapprochait davantage de celle du genou sain; la claudication était presque nulle, et la marche pouvait s'effectuer sans appui. Les mouvements de la jointure étaient plus faciles et plus étendus; l'extension avait gagné 8 à 10 degrés; la flexion s'était accrue de 25 degrés.

Les mouvements artificiels et le traitement par les douches furent continués régulièrement jusqu'au 8 octobre. A cette époque, le malade quitta Lyon, ne conservant plus que des traces légères de sa maladie. Il pouvait faire de longues marches sans se fatiguer et sans boiter d'une manière appréciable. La rectitude de la jambe était à peu près parfaite; le mouvement de flexion n'avait pas encore toute l'étendue propre à l'état normal. On sentait encore les corps étrangers et un peu de sérosité dans la jointure. Comparée à ce qu'elle était au début du traitement, l'hydarthrose avait diminué des trois quarts et n'apportait plus de gêne à l'exercice des fonctions du genou.

Sans insister sur les divers moyens mis en usage, je ferai re-

marquer que l'emploi de l'appareil fut suivi d'une amélioration si prompte, qu'il fut impossible de ne pas reconnaître les bons effets de ce mode de traitement. Il eut une influence très-marquée sur la facilité de la marche et sur la diminution du volume du genou. L'ancienneté et la persistance de la maladie ne permettent pas d'attribuer ces résultats aux seules forces de la nature. La bonne constitution et l'âge du malade étaient sans doute des circonstances favorables ; elles doivent être notées parmi les causes qui ont hâté la guérison, mais elles ne sauraient diminuer l'importance des méthodes curatives qui ont été employées.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

18. *Nouvelles études sur les luxations de l'humérus*; par le docteur Goyrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc.

(Suite : *voir* t. VI, juin 1848, p. 131 ; t. VII, juillet, p. 138.)

(Gazette médicale de Paris, N° 47 ; 1848.)

Art. III. — *Causes et mécanisme, pronostic et réduction des luxations de l'humérus.*

Causes et mécanisme.—Les luxations de l'humérus sont déterminées par diverses causes que nous allons étudier.

Souvent le blessé ne peut rendre compte de la manière dont l'accident a eu lieu ; mais en examinant le coude, la paume de la main et le moignon de l'épaule, on trouve des traces de contusion sur la partie qui a porté sur le sol au moment de la chute.

1° Dans la plupart des cas, la luxation résulte d'une chute sur le coude plus ou moins éloigné du tronc. En effet, suivant que, au moment de la chute, le corps sera dirigé tout à fait en dehors et élevé au-dessus de la ligne horizontale, ou dirigé en arrière ou en avant, la tête humérale sera portée contre la partie inférieure de la capsule, contre sa partie antérieure ou contre sa partie postérieure, et pourra se luxer en bas, en avant ou en arrière. Je n'insisterai pas sur le mécanisme des luxations qui se produisent de cette manière ; il est parfaitement connu.

Les chutes sur la main déterminent la luxation de la même manière.

2° L'humérus peut-il être luxé par un choc direct sur le moignon de l'épaule, le bras étant rapproché du tronc ?

Cette question a été plus d'une fois agitée. Boyer doutait encore de la possibilité des luxations de l'humérus pour cause directe ; mais la science possède maintenant plusieurs faits qui

ne laissent pas de doute à cet égard. *L'humérus peut être luxé par un choc direct.* Richerand avait communiqué à la Société médicale d'émulation un fait de luxation de l'humérus produite par ce mécanisme. M. Paillard vit, au siége de la citadelle d'Anvers, une luxation produite par un boulet mort, qui atteignit un soldat à la partie supérieure externe du bras. M. Velpeau a vu aussi une luxation produite par un choc direct. Dans ce dernier cas, outre le témoignage du blessé, on avait la preuve que la luxation avait été ainsi produite dans l'absence de toute lésion au coude et à la main, et l'existence d'une vaste contusion sous l'acromion. Ces trois faits paraissent se rapporter à des luxations sous-coracoïdiennes. L'observation 104 d'A. Cooper (*loc. cit.*), l'observation B, rapportée dans une note des traducteurs du chirurgien anglais (p. 107) nous présentent des exemples de luxation sous-acromiale, aussi par cause directe. On conçoit que l'humérus puisse être déplacé par une pareille cause soit en avant, soit en arrière, mais jamais en bas. Ainsi, un choc direct pourra produire les luxations coracoïdienne, intra-coracoïdienne et sous-acromiale, mais jamais la luxation sous-glénoïdienne.

3° Si le bras est éloigné du tronc et fixé par son extrémité inférieure, un choc violent portant sur la partie supérieure du membre luxera l'humérus plus facilement que ne pourrait le faire le même choc, le membre étant pendant sur le côté du tronc, et, dans ce cas, le membre est dans une forte abduction, la luxation pourra avoir lieu en bas aussi bien qu'en avant ou en arrière ; tel est le cas de luxation sous-glénoïdienne observé par M. Guépratte, à bord de la frégate l'*Africaine*, et dans lequel le déplacement fut produit par la chute de deux hommes sur le bras du contre-maître, tendu horizontalement et arc-boutant contre la drome du navire. (*loc. cit.*)

4° On a vu l'humérus luxé par des tractions violentes exercées sur le membre. Probablement, dans ce cas, l'action musculaire est venue en aide à la violence extérieure. Je ne connais que trois faits dans lesquels la luxation ait été produite de cette manière, celui que j'ai rapporté au commencement de ce travail (obs. 1), celui de M. Robert, relatif à un palefrenier qui eut le bras luxé par de violentes tractions en haut que subit son membre engagé dans la bride d'un cheval qui se cabra (déjà cité) : et enfin, un fait publié dans les leçons orales de clinique chirurgicale de M. Velpeau (obs. 15), dans lequel il s'agit d'une dame qui était restée suspendue par la main à une échelle, en tombant de la hauteur d'une croisée, dans ses appartements. Dans le fait que j'ai observé, nous n'avons pas pu savoir précisément

dans quel sens le membre avait été tiré. Dans les deux autres, les tractions ont été directes en haut ; et, dans les trois cas, il y a eu luxation sous-glénoïdienne, bien reconnue dans le fait de M. Robert et dans le mien, et assez évidente encore dans le fait de M. Velpeau, qui est présenté comme un cas de luxation sous-pectorale par le professeur de la Charité (t. I, p. 310). Cette cause peut-elle déterminer une luxation dans un autre sens ? Je ne saurais résoudre cette question. Voici comment je conçois la luxation sous glénoïdienne par cette cause : le membre étant fortement et brusquement relevé, l'humérus rencontre la saillie de l'acromion, sur laquelle il se meut à la manière d'un levier du premier genre. L'extrémité scapulaire de cet os, qui représente la résistance, est portée violemment en dehors du plan de la cavité glénoïde ; de là la rupture de la partie inférieure de la capsule, et probablement, après la rupture de la capsule, au moment où la cause cesse d'agir, les muscles, contractés instinctivement pour résister à la violence qui tire en haut l'humérus, entraînent la tête de cet os au-dessous de la cavité glénoïde.

5° Sanson a vu, à l'Hôtel-Dieu de Paris, une double luxation de l'humérus qui s'était produite dans les circonstances suivantes : « Un portefaix, s'apprêtant à recevoir sur le dos un sac de grains, « avait les bras tendus, élevés, et les mains appuyées sur le der- « rière de la voiture qu'on déchargeait. Le corps était fortement « penché en avant. Le sac tomba lourdement sur la nuque « et la partie supérieure du dos, et imprima au corps un « violent mouvement en avant, tandis que les membres supé- « rieurs étaient fixés. De là une double luxation en bas. » La luxation en bas de Sanson pouvait être une luxation sous-coracoïdienne, aussi bien qu'une luxation sous-glénoïdienne.

6° L'humérus a pu être luxé par des contractions musculaires violentes, dans des accès de convulsions. On a même vu des sujets chez lesquels la luxation de l'humérus était si facile, qu'un mouvement volontaire brusque suffisait pour la produire. Dans ces cas-là, les luxations doivent être incomplètes, ou au moins la tête humérale ne doit pas s'éloigner de la cavité glénoïde ; car on ne conçoit pas que l'action musculaire puisse produire seule la déchirure complète de la capsule, la rupture des muscles situés dans le sens opposé à celui dans lequel a lieu la luxation. Ainsi, je ne pense pas que la luxation intra-coracoïdienne ait jamais été produite par la seule action musculaire.

7° Enfin, on ne conçoit que par un violent mouvement de rotation imprimé soit au membre, soit au tronc, le membre étant solidement fixé, la luxation par rotation observée par

MM. Laugier et Bouisson. C'est par le dernier de ces mécanismes que fut produite la luxation, dans le cas de M. Laugier.

Pronostic. — Les luxations simples de l'humérus n'entraînent jamais de danger pour la vie, mais elles peuvent laisser après elles une gêne plus ou moins considérable des mouvements de l'articulation.

Si elles ne sont pas réduites, il reste dans le membre une difformité toujours accompagnée de beaucoup de gêne ; car l'articulation contre nature qui se forme, dans ces cas-là, n'a jamais que des mouvements très-bornés.

Les luxations récentes du bras sont presque toujours réductibles, mais ne se réduisent pas toutes avec une égale facilité. Sous ce rapport, nous les classerons dans l'ordre suivant :

La luxation sous-acromiale paraît être celle dont la réduction présente le moins de difficulté. C'est peut-être celle qui pourrait être le plus souvent méconnue, mais c'est celle aussi qui est le plus longtemps réductible. La luxation qui fut réduite par M. Sédillot après cinq mois était une luxation sous-acromiale incomplète (*déjà citée*). M. Malgaigne en a réduit une de la même espece après cinq mois et demi. On a réduit des luxations sous-acromiales datant de sept mois, de treize mois. M. Gaillard (de Poitiers) en a même réduit une qu'il croyait congénitale, chez une jeune personne de 16 ans.

Les luxations sous-glénoïde et sous-coracoïdienne se réduisent ordinairement avec facilité et doivent être assez longtemps réductibles, parce que, dans ces deux espèces, la tête de l'os s'éloigne peu de sa cavité. Il n'en est pas de même de la luxation intra-coracoïdienne. Dans cette dernière, la tête humérale, éloignée de la cavité glénoïde, ne peut être ramenée à sa place que par des tractions bien plus énergiques, et la cicatrisation des tissus qui se trouvent interposés entre la tête humérale et sa cavité naturelle doit bientôt la rendre irréductible. Ainsi M. Gerdy n'a pas pu réduire une luxation de cette espèce datant de quatorze jours.

Les luxations de l'humérus, alors même qu'elles sont réduites, ont des suites qui diffèrent en gravité. Règle générale, ces suites sont d'autant plus graves, en d'autres termes, le malade est d'autant plus longtemps à recouvrer l'usage de ses membres, il est d'autant plus exposé à ne le recouvrer qu'en partie, que la tête de l'humérus a été poussée plus loin de la cavité glénoïde. Ainsi, dans les trois cas de luxation sous-glénoïdienne que j'ai observés, le rétablissement des fonctions du membre a été prompt et complet. La luxation sous-coracoïdienne n'a pas ordinairement

des suites plus graves. La luxation sous-acromiale exige quelques précautions, parce qu'elle est sujette à récidive ; mais après quelques jours de repos, durant lesquels la tête de l'humérus est retenue à sa place par une forte pelote fixée au moyen d'un bandage sur la face postérieure de l'articulation, le malade peut recommencer à se servir de son membre, et en peu de temps il perd le souvenir de son accident ; mais il n'en est pas ordinairement ainsi de la luxation intra coracoïdienne. On comprend que la déchirure complète de la capsule, la déchirure des muscles sous-épineux, petit rond, sus-épineux et des attaches sous-scapulaires à l'omoplate, le tiraillement auquel est exposé le nerf circonflexe de la part de l'extrémité supérieure de l'humérus ; on comprend, dis-je, que tous ces désordres doivent avoir pour résultat une gêne prolongée des mouvements, gêne qui, dans certains cas, pourra persister toute la vie (voy. ma deuxième observation).

Enfin les accidents divers qui peuvent compliquer les luxations en augmentent la gravité ; mais je n'entrerai dans aucun détail à ce sujet.

Réduction. — Les luxations de l'humérus se réduisent quelquefois avec beaucoup de facilité et par des procédés très-simples, consistant à diriger la tête humérale vers la cavité glénoïde, sans extension préalable ; ainsi M. Nélaton dit avoir réussi plusieurs fois à réduire les luxations sous-coracoïdiennes par le procédé suivant : *Les deux mains sont appliquées, l'une en avant, l'autre en arrière du moignon de l'épaule, les quatre derniers doigts de chacune d'elles reposant sur la tête de l'humérus et les pouces sur l'acromion. Ceux-ci trouvent un point d'appui sur l'épine de l'omoplate ; les doigts opposés repoussent en haut l'os luxé.* Une pression légère, exercée sur la tête de l'humérus, a suffi pour réduire la luxation sous-acromiale incomplète qui s'était reproduite dans un accès convulsif, après une première réduction, chez le sujet de ma troisième observation ; mais ces procédés simples ne peuvent réussir que dans des cas exceptionnels, et ne rentrent dans aucune méthode régulière.

Je décrirai encore ici, et avant de passer aux méthodes générales, un procédé de M. Lacour, qui ne s'applique qu'à la luxation sous-coracoïdienne. Voici une observation que je dois à l'obligeance de mon ami M. Vidal (de Cassis), et qui donnera une idée exacte du procédé, et me dispensera d'entrer dans de longs détails descriptifs.

Obs. IV.—Un caissier d'une maison de banque, âgé de 40 ans, assez maigre, mais bien musclé, se luxe l'humérus droit le matin.

Un chirurgien fait pendant deux heures des tentatives de réduction par les procédés ordinaires ; il échoue. M. Vidal, appelé à sept heures du soir, reconnaît une luxation sous coracoïdienne ; il fait asseoir le sujet sur une chaise. Le chirurgien du malade, placé à gauche de celui-ci, embrasse le tronc en réunissant ses mains sous l'aisselle droite. M. Vidal saisit de la main gauche le bras luxé par sa partie moyenne ; avec la main droite il saisit encore, vers le milieu de sa longueur, l'avant-bras qu'il met en demi-flexion, la main dirigée en avant. Alors, avec la main droite que tient fortement l'avant-bras, il imprime à tout le membre un mouvement assez énergique, qui renverse en dehors la main du malade et fait tourner l'humérus sur son axe. Pendant ce mouvement, il voit la tête de l'humérus se porter en dehors. Quand il juge que les surfaces articulaires sont en regard, il ramène brusquement la main en avant et en dedans, et la luxation est réduite.

Dans le mouvement de rotation en dehors qui constitue le premier temps du procédé Lacour, l'humérus, accroché par son col anatomique au bord antérieur de la cavité glénoïde, exécute sur la partie antérieure de cette cavité un mouvement de pivot qui ramène son extrémité supérieure en dehors du plan de la surface articulaire de l'omoplate ; mais cette rotation de l'os du bras dirige sa tête articulaire en avant et en dehors, et ses tubérosités vers la cavité glénoïde. Faites pivoter l'humérus sur place de manière à ramener sa tête en dedans et en arrière et ses tubérosités en dehors et en avant, et la réduction est opérée.

Tel est le mécanisme de ce procédé. Il est évident qu'il ne serait point applicable à la luxation sous-glénoïdienne, qu'il ne pourrait non plus s'appliquer aux déplacements en avant, dans lesquels le col anatomique a dépassé le bord antérieur de la cavité glénoïde. Dans ce cas-là, en effet, l'humérus, ne pouvant accrocher par son col anatomique le bord de la cavité glénoïde, pivoterait sur place, sans se porter en dehors. Aussi a-t-on échoué quand on a voulu réduire par le procédé Lacour la luxation intra-coracoïdienne. Quelques mots maintenant sur les détails du procédé. Le Mémoire de M. Lacour est peu connu. Moi-même je ne sais où l'auteur a publié son travail, et je ne connais le procédé que par ce qui en a été dit à la Société de chirurgie et par l'observation qui m'a été communiquée par M. Vidal. J'ai donc étudié le procédé sur le cadavre, et voici le résultat de ces études.

Si on exécute le mouvement de rotation en dehors, le membre étant pendant sur le côté et peu éloigné du tronc, le col anato-

mique de l'humérus accroche bien le bord antérieur de la cavité glénoïde, et l'extrémité supérieure de l'os est ramenée en dehors du plan de cette cavité. Ce premier temps du procédé ne réussit pas aussi bien si on place le membre horizontalement, comme l'a très-bien remarqué M. Lenoir. Quant au mouvement de rotation en dedans, dernier temps de la manœuvre, si on l'exécute le membre étant incliné sur le côté, il arrive quelquefois qu'il reproduit le déplacement. Si, au contraire, avant d'imprimer au bras cette rotation en dedans, on place le membre dans une direction horizontale, l'humérus, trouvant un point d'appui dans la cavité glénoïde, pivote sur sa tête, sans se reporter en avant.

Aussi conseillerai-je d'exécuter ce procédé en trois temps et de la manière suivante :

Premier temps : rotation en dehors, qui s'exécute sans changer la direction du membre.

Deuxième temps, dans lequel le bras est éloigné du tronc et élevé à la direction horizontale.

Troisième temps, temps de restitution, dans lequel on ramène le membre dans la rotation en dedans.

Ces deux derniers temps constitueraient un procédé de réduction applicable à la luxation par rotation de MM. Laugier et Bouisson.

Les autres procédés pour la réduction des luxations de l'humérus se rattachent à six méthodes que nous allons successivement examiner ; mais, dans chaque méthode, nous ne nous arrêterons qu'aux procédés encore usités, et qu'on peut supposer n'être pas parfaitement connus de tout le monde.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

19. *Mémoire sur l'étranglement et l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées* ; par MICHEL GUYTON, interne des hôpitaux.

(Archives générales de médecine, septembre 1848.)

Première partie. — Létranglement des hernies est peut-être, de toutes les questions de chirurgie, celle sur laquelle on a le plus discuté, le plus écrit : il marquait sa place parmi les accidents les plus graves et les plus funestes auxquels on fût appelé à remédier. Aussi, préoccupés surtout de l'opération, les observateurs se sont adonnés trop exclusivement à l'étude de l'agent constricteur, et ils ne semblent pas s'être arrêtés à l'idée que l'intestin pût jouer le rôle important dans le mécanisme de l'étranglement. C'est précisément ce rôle que j'essayerai de déterminer par l'observation clinique et l'expérimentation.

Les traités classiques, les thèses et les travaux les plus modernes, restent toujours dans le cercle depuis longtemps tracé : ils critiquent, retranchent ou ajoutent en raison de connaissances acquises sur certains points, mais nulle part je n'ai trouvé une solution explicite, et ce n'est pas sans quelque étonnement que je l'ai en vain cherchée dans les travaux de M. Malgaigne, qui, à la fin de son premier Mémoire, semblait promettre pour plus tard un exposé de doctrine. Il serait au-dessus de mes forces d'entrer en discussion avec toutes les théories admises jusqu'ici ; il me suffira de montrer sommairement comment a été comprise la question, et quels en ont été les termes.

Dans son premier Mémoire (1), M. Malgaigne ne fait que discuter les rapports de fréquence entre la contriction produite par les anneaux et celle par le collet du sac herniaire. Après une étude historique et critique aussi remarquable par le fond que par la forme, il arrive à cette conclusion que le collet du sac produit seul l'étranglement. Ce travail eut un grand retentissement, la polémique la plus animée en fut longtemps la suite. La conclusion est restée, mais avec des restrictions importantes et nécessaires en présence de faits bien constatés. Par le défi de précision qu'elle jetait à presque toute la chirurgie, elle a eu cet avantage d'appeler une attention sérieuse sur l'étude du sac herniaire, des diverses transformations dont son collet peut être le siége, et en même temps les anciennes opinions ébranlées demandèrent à une observation plus exacte de définir la part qu'on doit laisser aux anneaux fibreux.

Mais, il faut le dire, ce n'est là qu'une des faces de la question, et l'autre n'a pas été mise plus en lumière par les travaux modernes que par ceux des anciens. M. Malgaigne, comme tous les autres, n'étudie que le lien constricteur ; il est démontré par son travail même, par une citation d'Arnaud, que « si le sac reste longtemps dans l'ouverture qui lui donne passage sans poursuivre son chemin davantage (ce qui arrive souvent), il s'y *durcit* de façon qu'il devient capable de faire étranglement un jour. » Or comment cet *anneau durci*, incapable de dilatation, de resserrement subit ou de contraction, peut-il opérer l'étranglement ? Il est évident que c'est là une ouverture passive, à peu près comme un anneau métallique, et qu'il faut chercher ailleurs la cause active des phénomènes. Chose singulière ! dès les premiers temps, on remarque déjà que l'intestin contenu dans le sac herniaire est distendu par des gaz, on en est frappé, on le

(1) *Examen des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies*, lu à l'Académie de médecine le 13 juillet 1840.

note dans les observations. Cette distension est l'obstacle à la réduction, nécessite l'agrandissement de l'ouverture du passage, et cependant personne ne cherche la signification de ce fait, et surtout ne lui assigne sa place comme époque d'apparition et comme importance dans l'étranglement. Toutefois les anciens avaient essayé quelques explications, ils la rattachaient à un dégagement de gaz ou à une dilatation de ceux qui y étaient déjà par la chaleur provenant de la fermentation de matières fécales dans la hernie; mais, outre l'erreur de fait quant à l'accumulation de matières, ils regardaient ainsi ce phénomène comme secondaire, ou ne lui donnaient pas sa valeur expresse, bien que quelques-uns y voient déjà le point de départ de diverses lésions des enveloppes intestinales. Voici, par exemple, un texte de Garengeot cité par M. Malgaigne : «..... Et comme la chaleur de la matière qui est renfermée dans l'intestin raréfie l'air qui s'y est aussi glissé, l'intestin se gonfle et comprime ses vaisseaux sanguins : cette compression interrompant la circulation du sang, il arrive des inflammations à toutes les portions renfermées dans le scrotum. L'inflammation s'augmentant de plus en plus, elle se communique à l'anneau de l'oblique extérieur et il s'ensuit un étranglement. »

Dans les premiers temps, on explique l'étranglement par deux théories : l'engouement et l'inflammation. L'une rend compte de la dureté de la tumeur, l'autre de sa sensibilité. L'anatomie pathologique des opérations manque ; on s'en tient à constater les symptômes extérieurs, à en donner la cause. Plus tard, l'opération fait découvrir une ouverture dans laquelle l'intestin est gêné. La nécessité du débridement frappe tous les chirurgiens ; ils étudient les anneaux fibreux, et leur rapportent le point de départ des phénomènes : une insuffisance de diamètre, ou immédiate par contraction, ou médiate par l'inflammation, en rend compte. Puis la constriction par le collet du sac herniaire est constatée avec toutes ses circonstances. Désormais le débat s'engage sur les questions de fréquence entre l'étranglement par les anneaux et celui par le collet du sac; il s'est transmis jusqu'à nous et partage encore le monde chirurgical. L'école française professe que l'étranglemant par le collet est plus fréquent que celui par l'anneau ou les anneaux, tandis que l'école anglaise enseigne la proposition contraire. Au milieu de tout cela, pas un mot de l'intestin autrement qu'en anatomie pathologique ; il est tout passif dans la constriction qu'il subit, on note seulement ses lésions. Toutes ces études, reprises à notre époque et précisées avec plus de soins dans leurs détails, ont toujours suivi

les mêmes errements ; mais on voit ça et là, chez les observateurs, un embarras qu'ils dissimulent mal : comment trouver, dans des ouvertures aussi évidemment inertes que le collet fibreux ou fibro-cartilagineux du sac, les anneaux naturels, les éléments d'une contriction active ? Aussi, que d'efforts pour expliquer qu'un anneau fibreux puisse serrer l'intestin ; par quelles investigations n'a-t-on pas voulu prouver que des fibres musculaires devaient de près ou de loin en diminuer les diamètres ; que d'études d'aponévroses, sur les préparations, les divisions et subdivisions desquelles se sont exercées la patience et la subtilité anatomiques !

Qu'est-il résulté de tout cela ? Peu de certitude démonstrative : la solution étiologique du mécanisme de l'étranglement est restée presque entière à prouver. C'est qu'il ne s'agit pas d'une question simplement anatomique ou anatomo-pathologique, mais d'une question de physiologie expérimentale.

Comme l'emploi du chloroforme, dans deux cas de hernie étranglée, nous a servi de point de départ dans l'étude du mécanisme de l'étranglement, nous commencerons par en exposer les observations : la déduction et les preuves viendront ensuite.

Obs. I. — Le 10 février, un malade vient du Bureau central à l'Hôtel-Dieu dans la journée ; c'était un jeune homme de vingt-quatre ans, de forte constitution. Il avait une hernie inguinale gauche depuis l'âge de 18 ans ; cette hernie, rentrant facilement, était toujours contenue par un bandage. Depuis cinq jours, elle était sortie sans cause connue ; le malade essaya de la réduire, et n'y parvint pas. Elle devint de jour en jour plus tendue et plus douloureuse. Il se présenta chez un bandagiste pour remplacer son ancien bandage : on fit d'inutiles tentatives de réduction. Il fut envoyé au Bureau central, où le chirurgien consultant fit de nouveaux efforts, et, ne réussissant pas, l'adressa au service de M. Roux. J'étais de garde ce jour-là, on m'appela pour ce malade. Il me dit que les deux tentatives de taxis avaient duré au moins une heure. La constipation existait depuis plusieurs jours ; il n'y avait pas eu de vomissements, mais les nausées étaient continuelles.

A l'examen, je trouvai une tumeur volumineuse, sans changement de couleur à la peau, rénitente, sonore, très-tendue, douloureuse à la pression ; les parois abdominales, sans ballonnement, étaient tendues, très-rigides, fortement appliquées sur les intestins. Je fis pendant un quart d'heure des essais de réduction : ils étaient supportés avec courage, mais très-douloureux ; la rigidité des parois abdominales devenait plus considérable. Je

ne pouvais que refouler un peu la tumeur en haut par un déplacement en masse, mais sans jamais l'engager dans l'anneau. J'eus alors l'idée d'employer le chloroforme ; quelques inspirations jetèrent le malade dans la résolution la plus complète. La paroi abdominale s'amollit ; je pressai un peu la tumeur : elle se vida en faisant entendre un gargouillement très-fort, et devint immédiatement très-flasque ; je rassemblai les parois souples de l'intestin et les refoulai dans le ventre avec une singulière facilité; tout cela en moins d'une minute. Le malade se réveilla tout surpris de voir sa hernie rentrée ; je lui appliquai un bandage neuf; il sortit de l'hôpital quelques instants après.

J'ai revu le malade au mois d'avril ; sa hernie ne s'est pas reproduite, il jouit de la meilleure santé.

Obs. II. — Le 8 mars, à midi, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 40, le nommé Martin, âgé de 50 ans, teinturier en étoffes, envoyé du dehors pour une hernie inguinale étranglée du côté droit. La veille, après le repas de midi, le malade avait été pris de coliques vives; il porta la main à sa hernie, la trouva sortie et ne put la réduire. Il vomit de suite ce qu'il venait de prendre, souffrit tellement, qu'il ne pouvait rester debout ni assis, et se mit au lit. Vomissements fréquents, hoquet continuel. Il y eut dans la journée une selle assez difficile que le malade s'efforça de rendre pour diminuer ses coliques ; elle provenait certainement de matières accumulées antérieurement dans le rectum. (Application de cataplasmes, fomentations émollientes; plusieurs essais de réduction, mais sans résultat). La nuit fut agitée ; le matin, un médecin est appelé, examine la hernie, et envoie de suite ce malade à l'Hôtel-Dieu.

Quand je vis le malade, on venait de le mettre au bain ; il souffrait beaucoup, ne pouvait presque se tenir assis. Physionomie exprimant l'anxiété, l'abattement; hoquet, nausées continuelles. Je le fais mettre au lit : je constate une rigidité, une tension très-forte de l'abdomen, qui n'est du reste point gonflé. Je trouve une tumeur au côté droit du scrotum ; elle est divisée en deux parties par une rainure transversale d'étranglement assez prononcée ; la portion inférieure, logée tout entière dans le scrotum, présente des particularités remarquables : elle est régulière, un peu plus volumineuse qu'un testicule normal, mais en offre absolument la consistance et la forme. Au premier abord, je crus que ce pouvait être le testicule ; je m'assurai immédiatement que cet organe, placé au-dessous, occupait sa position ordinaire; de plus, le toucher ne faisait pas reconnaître l'épididyme, la pression ne produisait pas de douleurs. Je reconnus

une masse graisseuse à ces caractères ; la portion supérieure à la rainure descendait seulement dans le tiers le plus élevé du scrotum, avait une forme ovoïde régulière, était tendue, rénitente, ne se laissait pas comprimer, était douloureuse.

Je fis des efforts de taxis ; ils augmentèrent la rigidité de l'abdomen, je n'obtins rien. J'essayai du chloroforme : quelques inspirations amenèrent la résolution complète, le ventre devint souple. Je comprimai la portion supérieure de la tumeur ; aussitôt elle s'affaissa en donnant du gargouillement ; je repoussai les parois intestinales dans le ventre. Je ne saurais dire combien peu d'efforts il me fallut et combien la réduction fut prompte. J'essayai de réduire la portion inférieure ; je la fis bien remonter vers le canal inguinal, l'engageai un peu dans son orifice externe, mais ce fut tout. J'attendis le réveil du malade pour lui demander des explications. Le retour à la connaissance ne tarda pas ; le malade témoigne d'un grand bien-être ; sa physionomie change d'aspect, il devient loquace, s'agite dans son lit. J'apprends de lui que la petite tumeur laissée au dehors était irréductible depuis longtemps ; je l'examinai de nouveau : elle s'était allongée, on sentait son pédicule dans le trajet du canal inguinal. La rainure d'étranglement dont j'ai parlé correspondait sans doute au collet de son sac, probablement un peu rétréci par la pression habituelle du bandage : il avait descendu sous l'effort de l'intestin qui formait la tumeur supérieure. L'épiploon était adhérent à la paroi interne du sac, le cordon testiculaire s'isolait facilement dans toute sa longueur.

J'appliquai un bandage contentif provisoire avec des compresses graduées. Il y eut une selle deux heures après, puis une autre dans la nuit. Le lendemain, le malade allait parfaitement. Je recueillis les détails suivants : la hernie s'est faite il y a douze ans. Il porta pendant les deux premières années un vieux bandage que lui donna un camarade ; il en acheta ensuite un dont il s'est toujours servi. La hernie se réduisit le plus souvent par le décubitus dorsal, aidé d'une faible pression. Le bandage, depuis longtemps usé, s'appliquait tant bien que mal ; il y a six mois que l'épiplocèle est irréductible : comme il ne l'a jamais fait souffrir, le malade ne s'en occupait pas. L'intestin était habituellement maintenu.

Cependant, il y a deux mois, il sortit sous l'influence d'un léger effort ; la réduction ne se fit pas d'abord, mais le malade se coucha de suite, mit des cataplasmes : la hernie rentra au bout de deux heures. Même accident il y a quinze jours, même remède. La profession de ce malade n'est pas le moins du monde

fatigante, mais il ne peut se livrer au plus petit effort sans être menacé de voir sa hernie se reproduire.

Chez ces deux malades, existait-il un étranglement proprement dit? Il est impossible de poser une limite absolue au delà de laquelle toute irréductibilité viendra de cette cause. D'après les symptômes observés, on pouvait redouter, sinon affirmer qu'il y eût une constriction bien établie. Chez le premier malade, les accidents graves n'étaient pas encore à une période avancée ; si l'on considère toutefois que des tentatives bien dirigées et patientes avaient été faites en vain, toujours admettra-t-on que la réduction était au moins difficile. Or, elle se fit avec une merveilleuse facilité, voilà le point important.

Chez le second malade, les accidents étaient très-prononcés : vomissements fréquents, nausées continuelles, etc. La réduction fut anssi très-rapide.

Avec le précepte, admis dans la science, de la gravité moindre d'une opération précoce, le peu de confiance accordé à un taxis prolongé, difficile d'ailleurs et déjà mis à l'epreuve, qui pourrait répondre que ces malades n'eussent pas été opérés ?

Ce qui frappe tout d'abord l'attention, le fait ramené à ses termes les plus simples, le voici : la réduction par le taxis ordinaire éprouve des difficultés très-grandes, sinon insurmontables. Après les inspirations de chloroforme, la hernie rentre avec une singulière facilité. Les conditions deviennent tout à coup bien différentes... Or l'influence hyposthénisante du chloroforme porte sur la sensibilité et la contraction musculaire; les muscles tombent immédiatement en résolution. Cherchons donc dans ce changement d état les causes de la facilité de la réduction.

Mais d'abord quel peut être le rôle de la douleur et de la contraction musculaire dans le mécanisme de l'étranglement des hernies ?

Sous le point de vue où je me place, la contraction abdominale sera subite et plus ou moins énergique dans l'effort, un changement d'attitude. etc., puis elle sera permanente et involontaire une fois que la douleur l'aura provoquée.

A. Le tronc, point d'appui central des forces musculaires, se compose d'une tige osseuse et de deux grandes cavités remplies d'air ou de gaz, qui le forment presque tout entier. La cavité thoracique renferme les poumons et le cœur, organes immédiatement nécessaires à la vie, et dont les changements de volume, soumis à des alternatives rapides, régulières et limitées, ne pourraient impunément varier. La cavité abdominale contient principalement le tube digestif, appareil aussi important sans doute,

mais dont les fonctions s'accomplissent lentement et à de longues époques, si je puis ainsi dire.

Ces deux cavités participent d'une manière différente au phénomène de l'effort. Le cœur et les poumons ne doivent pas être comprimés : aussi sont-ils protégés par une cage osseuse, mobile avec eux, mais résistante ; les mouvements peu étendus de la colonne vertébrale ne changent guère la conformation de la région qu'ils occupent. D'ailleurs les poumons vont eux-mêmes au devant de la compression en se remplissant d'air ; les parois thoraciques, dilatées, deviennent fixes ; au contraire, la cavité abdominale n'est presque circonscrite que par des muscles ; elle est le centre des mouvements du tronc dans les diverses attitudes, les puissances inspiratoires réagissent sur elle, ses changements de forme sont nombreux et variés. L'intestin, dans l'effort, est simplement une enveloppe creuse renfermant des gaz, et ce milieu, éminemment fluctuant et variable, se prête avec facilité à tous les changements exigés. La compression musculaire refoule les gaz dans tel ou tel point ; mais ils acquièrent en tension ce qu'ils perdent en quantité, l'équilibre s'établit, et partout la résistance, qui prête aux muscles un appui, est égale malgré les variations de forme. Ici donc le rôle de l'intestin est passif, et même cette compression qu'il subit sans résistance est nécessaire pour l'accomplissement de plusieurs fonctions naturelles.

La masse intestinale éprouve de toutes parts une pression régulière ; mais si les gaz rencontrent un point des parois abdominales moins soutenu que les autres, ils font effort de ce côté, s'engagent dans une ouverture normale ou déjà dilatée, entraînant avec eux l'enveloppe qui les renferme.

B. Un fait général en physiologie et en pathologie, c'est que partout où il y a douleur ou menace de douleur, il y a a simultanément contraction musculaire. Cette proposition servirait de base à des considérations du plus haut intérêt en pathologie générale : je n'ai ni le temps ni les moyens de les présenter ici, mais les exemples se présentent sans peine à la pensée. J'insisterai seulement sur la tension abdominale, qui appartient plus particulièrement à mon sujet. Qu'un malade souffre dans l'abdomen, que ce soit à l'intestin, à la vessie à l'utérus, au péritoine, que l'on cherche à explorer une tumeur douloureuse, on sent que les parois sont rigides, contractées, non dépressibles. Les contractions synergiques de l'enceinte abdominale, si puissantes dans l'accouchement, dans une défécation laborieuse, action que le malade peut bien augmenter, mais qu'il ne saurait retenir, ne reconnaîtraient-elles pas, en grande partie, comme

cause l'influence de la douleur? Celle-ci apaisée, tout rentre dans l'ordre.

Quoiqu'il en soit de ces remarques, que l'on compare les parois de l'abdomen, maniables, fluctuantes sous la main, chez un individu en santé, avec les mêmes parois, dures, rigides, contractées avant tout ballonnement et dès le principe, chez un individu affecté de hernie étranglée, ou mieux qu'on les compare avant et après la réduction, et on verra bien vite quelle est l'énorme différence. Nous avons fait à chaque fois cette épreuve.

Il s'agit de rechercher pour quelle part ces trois données, douleur, contraction musculaire, distension par les gaz, entrent dans la solution du problème de l'étranglement, comment elles préparent la série des phénomènes qu'il présente.

Le tube intestinal et la partie herniée se trouvent dans des conditions bien opposées : la dernière, et c'est le fait capital, est reçue dans une poche à parois faiblement ou non contractiles; l'autre, au contraire, est soumise à une pression variable de la part de l'enceinte abdominale, d'abord subite, puis entretenue par la douleur, comme j'ai essayé de le démontrer.

Maintenant, suivons la marche d'une hernie déjà ancienne, habituellement contenue par un bandage, et descendant sous l'influence d'un effort dans un sac herniaire où elle s'étrangle. Plus tard, nous établirons que ce sont là les conditions les plus habituelles, sinon normales.

Une anse intestinale, trouvant une ouverture libre, s'y engage; elle s'exprime comme dans une filière, arrive dans une cavité non contractile qui ne la soutient pas. La continuation de l'effort y pousse des gaz de la partie supérieure; l'anse se laisse dilater, ne pouvant faire équilibre à la pression abdominale. L'anneau par lequel elle passe est assez étroit, son aire est moins grande que la somme des aires du double tube de l'intestin; il se forme à cet endroit un rétrécissement. La tumeur devient globuleuse au-dessous, ses enveloppes sont tendues par une force excentrique; la portion comprise dans le sac se développe librement, mais dans l'ouverture, son expansion est arrêtée par les bords de l'anneau, contre lesquels elle s'applique fortement et qu'elle tend à écarter.

L'intestin s'est trouvé froissé par son passage, puis par sa dilatation; la douleur qu'il éprouve retentit dans l'abdomen, en entretient la contraction. L'exaltation de sa sensibilité, la gêne de sa circulation, amènent, dans un temps plus ou moins long, l'injection, l'épaississement de ses tuniques, nouvelle cause plus permanente encore et plus grave de l'étranglement.

Une fois la hernie suffisamment distendue, le courant régulier des gaz s'arrête : ils s'accumulent dans le ventre, en augmentent la tension, par conséquent la force.

Mettons en regard de cette description, pour ainsi dire abstraite, ce qu'on observe sur le malade.

Tout à coup l'intestin s'échappe dans le scrotum, le malade éprouve une douleur vive et subite qui lui fait porter la main à sa tumeur. Vingt autres fois, sa hernie est descendue quand il se levait sans son bandage, ou par toute autre cause : à peine il l'a sentie, souvent il ne s'en est aperçu que par la vue ou par la sensation d'un poids insolite; il s'est mis sur le dos, a soulevé la tumeur, elle est rentrée seule ou par un taxis facile. Cette fois, il souffre, il veut réduire sa hernie et n'y parvient pas : il éprouve un indéfinissable malaise, des nauséees, il ne sait quelle position prendre pour se soulager, il se couche, se fléchit instinctivement en avant pour diminuer la contraction abdominale. Les accidents continuent et augmentent; après douze, vingt-quatre ou trente-six heures, il se présente à l'hôpital. Le chirurgien l'examine et trouve à l'un des anneaux une tumeur douloureuse, tendue, rénitente, sonore, toute semblable à une vessie dilatée par insufflation; d'autre part, la paroi abdominale est rigide, contractée, appuie fortement sur les intestins. Que s'il veut réduire, la hernie devient sous ses doigts plus douloureuse encore, plus tendue, la contraction des muscles augmente : il ne peut déprimer la tumeur, en chasser les gaz; elle forme au devant de l'anneau un renflement sphéroïdal qui ne saurait s'y engager. Un taxis plus ou moins prolongé, difficile et douloureux, échoue; les accidents généraux paraissent déjà graves, il opère. Or, que découvre l'ouverture du sac? Une anse d'intestin distendue par des gaz au dehors de l'anneau; sa surface est injectée, plus ou moins rouge, épaissie. Le chirurgien coupe le lien constricteur, ne constate pas de lésion au niveau du point serré; il réduit, et tous les accidents cessent en peu de temps.

Voilà ce que nous enseigne à son tour l'anatomie pathologique; on ne trouve de différence de lésions qu'à une époque avancée de l'étranglement. Qu'y avait-il donc là? Une tumeur que son volume seul empêchait de réduire, car il ne faut pas tenir grand compte, comme difficulté, de l'épaississement des parois intestinales; si elles étaient vides, l'ouverture de sortie serait bien suffisante pour les laisser rentrer. Ce volume est produit par l'accumulation des gaz, causée elle-même par la pression abdominale, pression qui s'oppose encore à ce qu'ils soient refoulés dans les portions d'intestin qui les ont fournis.

Les lésions locales sont peu de chose par elles-mêmes, et n'expliquent rien ; qu'on lève l'obstacle, cette injection, cet épaississement de l'intestin, disparaîtront bien vite, comme une ecchymose, comme une injection mécanique quelconque, aussitôt que le libre cours du sang sera rétabli. Les accidents provenaient de ce que le tube digestif souffrait, de ce que la circulation normale des gaz et des matières était suspendue, et ils disparaissaient promptement aussi après la réduction.

Mais que l'étranglement persiste, et il conduira par une marche graduelle à l'inflammation, aux adhérences, aux ulcérations, à la gangrène, aux perforations. Comme dernier terme, on aura l'infiltration des gaz dans les parties voisines, qui prendront part aux désordres; on trouvera dans le sac un magma composé de pus, de matières intestinales, de détritus gangréneux, et les deux bouts de l'intestin adhérents entre eux communiqueront directement au dehors. Je ne parle pas des accidents inflammatoires développés dans le péritoine par continuité de tissus ; ils surviennent à une époque variable, et tendent désormais par leur gravité et la rapidité de leur marche à une terminaison irrévocablement fatale.

Bien certainement, l'irréductibilité par suite d'accumulation des gaz est le premier phénomène de la hernie étranglée : c'est une tumeur simplement gazeuse venant, par une loi toute physique, se mettre à l'étroit dans une ouverture par laquelle elle passe. Mais bientôt la vitalité de ses enveloppes entre en jeu, et des lésions inflammatoires et autres, toutes secondaires, en sont la conséquence naturelle et inévitable ; ce sont elles qui donnent à la hernie étranglée ses caractères les plus graves et si justement redoutés. La tumeur est irréductible bien avant que ces lésions se soient développées dans l'intestin ou les parties voisines ; on les trouve à peine dans les opérations précoces. Aussi je ne comprends pas qu'on ait assigné à l'inflammation un premier rôle, sans lui donner son véritable point de départ, et qu'on ait admis des étranglements par inflammation primitive : leur existence aurait besoin d'être plus rigoureusement démontrée. Il est bien évident que l'inflammation sera toujours secondaire, toutes les fois qu'elle reconnaîtra pour cause l'irréductibilité ou l'excitation produite par un déplacement douloureux.

Dans les premiers temps, la réduction par le taxis ordinaire est possible ; elle se fera même assez souvent, cela dépendra de la force de contraction des muscles abdominaux, du degré de distension de la hernie, et surtout de la largeur de l'ouverture de communication. Puisque l'intestin a bien passé par l'anneau

une première fois, il peut de nouveau le franchir : il faut pour cela lui faire subir une pression égale à celle qu'il a supportée ou qu'il supporte encore. Or, si l'on ne réduit pas toujours, c'est qu'il est difficile de produire cette pression, qui contrebalance celle de tout l'abdomen, sur une surface peu étendue, malaisée à comprimer. Il faut une épreuve longue et pénible ; l'intestin se vide partiellement de ses gaz par bouffées successives et ne rentre que lentement dans l'abdomen. Avec le chloroforme, on n'a pas à lutter contre l'action musculaire, on la fait cesser aussi ; les gaz sont refoulés subitement ; les parois intestinales, devenues flasques, s'affaissent et rentrent avec la plus grande facilité. C'est ce que nous avons si bien éprouvé chez nos deux malades.

Ces expériences assignent déjà une grande valeur aux deux éléments que nous avons admis comme causes dans la théorie de l'étranglement : le chloroforme n'a d'action que sur la douleur et la contraction musculaire, l'anneau est resté dans les mêmes conditions : il ne peuvait être relâché ni par l'abolition de la force musculaire, qui ne peut rien sur lui, ni par résolution directe, il ne se contracte pas.

Je puis le dire dès à présent : les anneaux formés par du tissu fibreux, le collet du sac, malgré ou plutôt par les modifications de vitalité dont je parlerai tout à l'heure, me semblent entièrement inertes. Je les regarde comme des ouvertures rigides, contre les bords desquelles l'intestin vient se serrer. Pour M. Malgaigne, la constriction de la verge par un anneau métallique est l'image la plus exquise de l'étranglement réel. La comparaison est parfaitement juste, le résultat est le même, le mécanisme seul diffère quant à sa cause prochaine. Dans cette espèce de paraphymosis, la verge s'étrangle elle-même par l'accumulation du sang dans la hernie, l'intestin s'étrangle lui-même par l'accumulation des gaz. L'anneau a-t-il changé de diamètre ? Non, ce sont la verge ou l'intestin qui ont changé de volume. Le phénomène est plus prompt dans le second cas, l'irréductibilité plus immédiate. S'il y avait, pour la verge comme pour l'intestin, un moyen de rendre d'un seul coup aux parties qui les ont fournis les matériaux qui composent ce volume de la tumeur, la réduction se ferait avec la même facilité. Dans les faits suivants, nous verrons l'étranglement se produire avec tous ses caractères dans des anneaux dépourvus de contraction et d'élasticité.

Voici, pour ainsi dire, une expérience sur le vivant ; j'ai été témoin de toutes ses circonstances.

Obs. III. — Le 24 juin au soir, entre dans la salle Saint-Côme, n° 24, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de forte constitution qui venait d'être blessé. Un balle était entrée dans le flanc gauche à sa partie moyenne ; elle avait pénétré un peu obliquement et fait un trou du diamètre ordinaire de la plaie d'entrée d'une balle de calibre : elle était restée dans le ventre ; on voyait par cette ouverture la surface d'un anse intestinale sans lésion. On appliqua un pansement ordinaire ; les douleurs étaient très-vives. Le lendemain de bonne heure, le malade me fait appeler auprès de lui ; les douleurs avaient beaucoup augmenté. On lève le bandage, et on trouve une hernie de l'intestin grêle. Il y a au dehors une anse d'environ 5 pouces de longueur, couchée au devant de l'abdomen ; elle est très-tendue, rénitente ; la surface est rosée, injectée. Je portai de suite la main sur les parois du ventre ; elles étaient fortement contractées, non dépressibles. Le chirurgien essaye immédiatement de réduire ; il comprime l'intestin, cherche à faire rentrer les parties les plus voisines de l'ouverture. La hernie diminue un peu de volume sous la pression des doigts ; mais aussitôt qu'elle peut s'y soustraire en un point, la tension des gaz la gonfle de ce côté, et la tumeur prend ainsi une mobilité de forme qui la rend difficile à maîtriser. Je surveillais avec la main la contraction des muscles abdominaux ; des douleurs très-vives l'augmentaient encore par instants, et l'on voyait l'anse intestinale se distendre davantage. Deux fois il y eut apparence de réduction partielle, mais l'intestin s'était glissé sous la peau de l'abdomen et formait une tumeur au côté interne de la plaie. Le chirurgien introduisit le doigt avec précaution, parvint à une aponévrose qui faisait anneau, l'entama avec le bistouri boutonné, reprit le taxis, et ne réussit pas encore. Il fallut débrider sur plusieurs points ; alors la réduction fut obtenue.

Certes, voilà bien un cas d'étranglement des plus légitimes, dont toutes les circonstances étaient faciles à étudier. Les lésions consécutives, annoncées déjà par l'injection des tuniques intestinales, n'auraient pas tardé à survenir : les suites en étaient menaçantes ; il ne manquait, pour avoir une hernie inguinale étranglée, qu'un sac péritonéal et des enveloppes. L'ouverture de sortie était un anneau dépourvu de contractilité ; le chirurgien constata avec le doigt qu'il était formé par une des aponévroses de l'abdomen ; les fibres musculaires coupées par la balle s'étaient rétractées et laissaient saillir cette espèce de diaphragme au milieu du conduit qui traversait la paroi antérieure du ventre. L'irréductibilité de la tumeur provenait de sa distension par des

gaz, distension qu'entretenait et augmentait la pression abdominale : on ne détruisit pas cette cause, et le taxis ne réussit pas, bien qu'avec les conditions les plus favorables à son emploi, car la hernie était embrassée, comprimée directement par les mains.

Depuis le moment de la blessure, le ventre était douloureux, contracté ; l'intestin comprimé trouve une ouverture libre, une anse s'y engage ; ses parois ne sont plus soutenues, se laissent distendre. Douleurs plus vives, contraction plus permanente et plus énergique de l'abdomen ; l'intestin cède à l'effort des gaz qui l'entraînent au dehors, et font successivement glisser au delà de l'anneau les portions tour à tour serrées contre les bords de son ouverture. Ce mouvement ne se fût pas arrêté de sitôt ; une partie du tube intestinal aurait pu se déployer ainsi. Cet anneau, formé par la perforation d'une aponévrose incapable de contraction, représentait très-bien les ouvertures fibreuses naturelles.

Une théorie basée sur le rôle que peuvent jouer les gaz dans l'étranglement avait été déjà émise par M. O'Beirn. Son Mémoire, publié par un journal, n'a pas été traduit ; je n'ai pu m'en servir. Je ne connais de ses idées que la courte citation qu'en donne M. Gosselin dans sa thèse ; mais je dois à l'obligeance de ce dernier l'indication d'une expérience ingénieuse faite par le chirurgien anglais : elle permet, en variant les diverses conditions dn problème, de l'étudier sous toutes ses faces.

On perce, dans une carte ou une lame de carton plus résistante, une ouverture du diamètre d'un anneau déjà dilaté par une hernie ; on passe au travers l'anse complète d'une portion plus ou moins longue d'intestin grêle : de ses deux bouts, l'un est lié sur une sonde, l'autre est étreint par un fil ; on l'insuffle de manière à lui donner à peu près le volume qu'on lui trouve ordinairement sur le cadavre ; on peut facilement, par le taxis, faire franchir l'anneau par l'anse intestinale. Si l'on continue l'insufflation graduellement et sans efforts, il arrive un instant où l'anse, gonflée derrière la carte, forme une tumeur sphéroïdale : la portion entourée par l'anneau s'applique fortement contre ses bords, il se fait un étranglement serré.

M. O'Beirn laissait une des extrémités de l'intestin libre, et il produisait l'étranglement par la force et la vitesse de l'insufflation. Tant qu'elle est faible et régulière, l'air circule sans obstacle et s'échappe par le bout ouvert ; mais si elle est faite brusquement, le tube intestinal, qui reçoit l'air le premier, se dilate tout à coup, occupe à lui seul l'ouverture de la carte, comprime la portion récurrente de manière à la fermer : les gaz

s'accumulent alors dans l'anse herniée, dont ils ne peuvent plus sortir. Je crois que l'expérience reproduit plus exactement ce qui se passe sur le vivant en fermant une des extrémités, ou mieux en insufflant par toutes deux à la fois. En effet, lorsqu'une anse d'intestin descend dans un sac herniaire, la pression des gaz se fait sentir également et à la fois sur deux tubes; on produit très-bien l'étranglement en comprimant, par une surface un peu large, entre la carte et les ligatures, les deux portions d'intestin modérément remplies d'air. Quand on insuffle régulièrement par une des extrémités seulement, l'autre étant fermée, comme il existe toujours une double communication entre l'anse herniée et le reste de l'intestin, l'égalité de pression s'établit partout en même temps, et les deux tubes s'étranglent pour la même part.

Quand on a obtenu cet étranglement artificiel, si l'on empêche les gaz de sortir, la réduction ne se fait plus, et si l'on continue d'insuffler, l'effort d'expansion devient tel, au niveau de l'ouverture, que la carte se déchire.

Au degré le plus prononcé de striction, toute communication n'est pas interrompue entre les deux portions d'intestin ; de l'eau pénètre encore par son propre poids dans l'anse herniée ; d'ailleurs, il reste une ouverture qui permet aux gaz de circuler, comme on le constate sans peine, puisqu'on peut à volonté vider ou grossir la tumeur. Mais sur le vivant, l'épaississement consécutif des parois intestinales doit amener en partie l'occlusion ; d'ailleurs, les liquides en circulation sont plus épais que l'eau, et l'on voit arriver, après un temps variable, les vomissements pathognomoniques qui annoncent l'arrêt des matières au-dessus de l'anneau constricteur. Il paraît toutefois peu probable que cette occlusion soit jamais complète.

Je ne chercherai pas à donner l'explication physique des faits de cette expérience, elle est singulièrement simple à répéter, et me semble bien démonstrative. Voici donc un anneau rigide dans lequel s'étrangle une tumeur simplement gazeuse, qui a tous les caractères primitifs de la hernie. Qu'on rende la vie aux parois qui contiennent l'air, et l'on verra des lésions consécutives prendre la même marche, amener les mêmes conséquences que sur l'intestin vivant. Je ne saurais dire quelle identité parfaite, sauf l'injection sanguine, il y avait entre la hernie ventrale décrite plus haut et celle que l'on développe ainsi derrière la carte.

Établissons, du reste, à l'aide du chloroforme, la communauté de conditions sur l'homme, et dans l'expérience d'O'Beirn, et légitimons ainsi une similitude qui permette la déduction. Dans

l'expérience précédente, la tension du gaz contenu dans l'intestin était en raison directe de la force d'insufflation ; sur l'homme, la tension du gaz est en raison directe de la pression qu'il éprouve de la part des muscles abdominaux. Qu'on la diminue d'un côté en laissant sortir de l'air, qu'on la diminue de l'autre en abolissant la contraction, ce sont les mêmes termes, c'est aussi le même résultat, la réductibilité facile. La comparaison est rigoureuse, nos observations le démontrent.

Pour nous, il serait évident maintenant que toutes les questions si complexes de l'étranglement et de ses diverses espèces vinssent aboutir à une solution unique. Il suffit qu'une anse intestinale passe par une ouverture quelconque, arrive dans une cavité où elle soit soustraite à la pression qui agit sur le reste de l'intestin, pour que les phénomènes dont j'ai parlé se produisent.

Concluons : la distension par les gaz de la hernie étranglée est constatée cliniquement, la contraction permanente et involontaire de l'abdomen est constatée cliniquement, l'influence heureuse du chloroforme est constatée cliniquement. La valeur des deux premières données est jugée par la troisième : la distension de la hernie est la cause de l'irréductibilité, la contraction abdominale est la cause de cette distension. Le chloroforme, qui détruit la cause, la contraction, en détruit l'effet ; la hernie se vide et se réduit. Donc la contraction des muscles abdominaux, telle que je l'ai décrite, est, en dernière analyse, la cause des phénomènes primitifs de l'étranglement et l'obstacle à la réduction. Depuis quelque temps, j'ai négligé l'élément *douleur*, il n'est que secondaire, au point de vue où je suis maintenant placé ; l'importance de celle-ci est tout entière dans le résultat qu'elle produit, la contraction musculaire ; j'ai insisté plus haut sur sa valeur.

Que l'on mette en regard de cette proposition, qui conclut à l'unité de cause, les diverses théories tour à tour ou simultanément invoquées. Ce sont : la contraction des anneaux, leur élasticité, leur changement de diamètre sous une action prochaine ou éloignée, toutes assertions sans preuves directes, et rejetées par presque tous les auteurs ; la contraction spasmodique, par conséquent, transitoire de sa nature, rejetée par tout le monde ; l'engouement par des matières fécales, ce qui est une erreur, de fait ; l'inflammation, phénomène auquel on n'assigne pas, je crois, sa véritable place, et qui n'est que secondairement le point de départ de toutes les lésions qui surviennent.

Nous avons cherché le plus possible, par l'expérience et l'observation, à nous rendre compte du mécanisme de l'étranglement ; mais quelle en est la cause la plus immédiate ? L'intensité

de la pression abdominale, de l'exhalation gazeuse, de la vitesse des courants, variant souvent, il peut s'ensuivre un étranglement. Pourquoi n'est-il pas plus fréquent, comme on est tenté de le craindre ? pourquoi n'est-il pas constant dans des circonstances identiques en apparence ? pourquoi plutôt ici que là ? Ces questions peuvent être également adressées à toutes les théories, et je ne sais si elles répondraient mieux. Ici nous ne connaissons pas plus les données complètes que dans tout problème de pathologie, où il faut toujours laisser une si large part à l'inconnue. L'observation constate des faits, la clinique est appelée à juger la valeur des déductions qu'on en tire ; nous ne saurions aller plus loin. L'étude exacte du mécanisme de l'étranglement doit sortir désormais de l'amphithéâtre pour relever seulement de l'observation du malade et de l'expérimentation ; au moins y a-t-il de ce côté toute une face de la question qu'on n'a pas suffisamment explorée. *(La suite à un prochain numéro).*

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

20. *De quelques procédés peu usités dans le traitement des coarctations organiques de l'urèthre ;* par le docteur Civiale.

(Bulletin général de Thérapeutique ; novembre 1848)

Il n'est pas rare de trouver des cas dans lesquels les moyens généralement en usage contre les rétrécissements et l'obstruction de l'urèthre ne produisent pas l'effet désiré, et ces cas, réfractaires à la thérapeutique ordinaire, sont les plus embarrassants qu'on puisse rencontrer. Les hommes les plus éminents de la profession s'en sont occupés dans tous les temps ; cependant les opinions ne sont point encore arrêtées. Il m'a paru utile de rappeler quelques faits anciens, et de les rapprocher de ceux que la pratique nous a offerts ; ce sera le moyen d'élucider la question, et d'apprécier des procédés nouveaux, ou renouvelés, à l'égard desquels on se fait illusion.

Les cas dont je veux m'occuper forment deux catégories distinctes. Dans l'une, le canal est tellement dévié, déformé, ou obstrué, qu'il y a impossibilité absolue d'y faire pénétrer l'instrument le plus délié. Dans l'autre série, l'urèthre livre encore passage à l'urine, et admet un stylet, une sonde, une bougie du plus petit volume ; mais les parois du canal sont tellement indurées, roides, épaissies, que les moyens ordinaires de dilatation sont insuffisants, ou du moins le résultat qu'on parvient à obtenir

difficilement, douloureusement, est incomplet : de plus, la rétractilité des tissus est si grande, qu'on perd en quelques jours le peu d'amélioration qu'on avait obtenu.

Je désigne sous le nom d'*uréthrotomie* les différentes opérations qu'on fait à l'urèthre à l'aide de l'instrument tranchant La partie historique de ce travail, que je viens de communiquer à l'Académie de médecine, se trouvera dans une autre publication. Je me bornerai à présenter ici quelques remarques pratiques. Il s'agit de questions graves dont l'importance n'est pas assez généralement appréciée. Elles ont été remises à l'étude dans ces derniers temps, mais on n'est pas encore parvenu à les résoudre.

Pour diviser l'urèthre dans le but de faire cesser la rétention d'urine et de ramener le canal à ses conditions normales, on peut procéder de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, et, dans ce dernier cas, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant. De là, trois espèces bien distinctes d'uréthrotomie, sans compter les subdivisions, qui sont nombreuses. Ainsi, pour la première, l'incision est faite tantôt sur le point rétréci lui-même, tantôt en arrière de ce point ; ici, on laisse d'abord la coarctation intacte ; là, on la divise en même temps que les tissus superposés ; enfin, les uns opèrent sur un conducteur, et les autres sans aucun guide. Pour la seconde, tantôt on se borne à une simple ponction avec une sonde pointue, un trocart, un fer de lance ; tantôt on pratique l'incision des tissus d'une manière plus méthodique, à l'aide d'un conducteur qui dirige l'instrument tranchant. La troisième présente aussi de nombreux procédés. Dans toutes, d'ailleurs, l'opération varie suivant le siége du mal.

1e *Uréthrotomie de dehors en dedans.*

Il y a une distinction importante par rapport aux cas qui réclament cette opération. Tantôt, par le fait de l'oblitération de l'urèthre, le passage de l'urine est interrompu, et l'existence du malade se trouve en péril si l'art n'intervient pas immédiatement ; tantôt l'urèthre est dévié, déformé, et plus ou moins complétement oblitéré, mais l'émission de l'urine se fait encore, soit par la voie naturelle, soit par des fistules, et par suite, la vie n'est compromise qu'accidentellement. Ces derniers cas, en apparence très-inquiétants, à cause surtout des complications qu'ils présentent, sont en réalité les moins graves et les moins embarrassants. Le malade, conservant la faculté de se débarrasser de l'urine, laisse au chirurgien le temps de combiner, de régler ses moyens d'action. De plus, l'existence d'une fistule, eu égard à la manœuvre, offre une ressource précieuse.

La science est en possession d'un grand nombre de faits qui

constatent la puissante intervention de l'art dans ces cas. Il suffit de rappeler les observations de Hoin, Ledran, Lassus, A. Dubois, J.-L. Petit, Delpech, J.-B. Brodie, etc., qui ont été appelés à pratiquer cette espèce d'uréthrotomie; mais ils ne me paraissent pas avoir tiré tout le parti possible de l'existence préalable d'une fistule périnéale s'ouvrant dans l'urèthre derrière la coarctation. Le trajet fistuleux peut, en effet, être agrandi sans le moindre inconvénient, et par ce moyen les plus grandes difficultés se trouvent écartées. Je passe à l'examen des cas qui n'offrent pas cette ressource, et dans lesquels, l'oblitération de l'urèthre s'opposant à l'emploi des sondes et des bougies, on a tout à craindre de la suspension du cours de l'urine.

Si l'on avait égard aux cas nombreux de rétention complète d'urine dans lesquels le cathétérisme a été impraticable, il paraîtrait qu'on devrait souvent recourir aux procédés que je me propose d'étudier; mais ce n'est pas à leur emploi qu'on a eu recours ordinairement : la ponction vésicale a presque toujours été préférée; j'ajouterai même que les hommes dont on peut invoquer le témoignage en sa faveur occupent le plus haut rang dans la science. Cependant, il n'en demeure pas moins établi qu'on peut, dans certaines circonstances, recourir utilement à l'uréthrotomie de dehors en dedans, sans guide, et qu'on pratique de deux manières principales.

C'est à la partie membraneuse de l'urèthre qu'ont été exécutées la plupart de ces opérations. Aux faits dont la science est déjà en possession, j'ajouterai le suivant, qui me paraît des plus propres à intéresser le praticien.

Un officier, venant d'Alger, éprouvait depuis plusieurs années des difficultés progressives d'uriner. Après divers traitements successifs, mais sans résultat, il réclama mes soins. L'urine coulait par gouttes, et non sans de grands efforts. L'urèthre, à partir de deux pouces du méat urinaire, formait une sorte de cordon ligamenteux, fort dur. Le conduit était si étroit, qu'on ne pouvait y faire pénétrer, de quelques lignes seulement, que le stylet le plus délié, et qui était tellement serré, après quelques minutes de séjour, qu'on avait de la peine à le retirer. La dilatation ordinaire se trouvant impossible, je me décidai à pratiquer l'uréthrotomie d'avant en arrière et par un procédé qui sera ultérieurement décrit.

En combinant ensemble l'action de l'instrument tranchant et des dilatateurs, je parvins à rétablir le canal jusque sous l'arcade pubienne. Ce ne fut toutefois pas sans difficultés. D'un côté, le stylet conducteur s'engageait à peine dans le point rétréci, et

chaque fois la lame ne détruisait qu'une faible partie des tissus indurés. Il ne fallut pas moins de trente opérations pour diviser ainsi d'avant en arrière toute l'épaisseur de la coarctation. D'un autre côté, il est constaté par l'expérience que les rétrécissements situés à la partie pénienne de l'urèthre, qu'on les dilate ou qu'on les incise, ont une tendance très-prononcée à se reproduire aussi longtemps qu'il existe un autre rétrécissement sous l'arcade pubienne. C'était donc un soin de tous les instants que de conserver l'élargissement qu'on avait obtenu ; mais le malade, que j'avais prévenu de cette particularité, ne perdit pas courage, et se soumit à tout ce qui lui fut prescrit avec une admirable résignation ; il le fallait bien, car nous étions encore loin du but. Sous l'arcade pubienne, la lumière du rétrécissement était si petite, qu'on ne put y introduire ni une bougie, ni le stylet le plus délié. Je me vis réduit ou à traverser sans guide la coarctation à l'aide d'une sonde pointue, poussée d'avant en arrière dans la direction du canal, ou à l'attaquer de dehors en dedans par l'instrument tranchant. Ce dernier procédé me parut préférable.

Je n'avais rien à faire pour décider le malade à s'y soumettre, car tous les jours j'avais à lutter contre ses instances. Il voulait qu'on entreprît quelque chose, tout ce qu'on voudrait, ajoutait-il, afin de mettre un terme à la déplorable position dans laquelle il se trouvait. D'un autre côté, la partie mobile de l'urèthre était déjà assez libre, pour que la nouvelle manœuvre pût être exécutée avec facilité.

Je malade fut placé dans la position de ceux qu'on taille au périnée. Je fis entre le bulbe et l'anus, et sur la ligne raphéale, une incision qui divisa la peau et les tissus sous-jacents, jusqu'à la partie membraneuse de l'urèthre, qu'à force de recherches je parvins à mettre à nu et à diviser dans le sens de sa longueur. Ce temps de l'opération présenta de grandes difficultés, qui prolongèrent la manœuvre. Le malade était fatigué ; j'ajournai la fin de l'opération après avoir passé dans l'ouverture pratiquée à l'urèthre, et jusqu'à la vessie, une sonde qu'on fixa avec soin.

Après quelques jours de repos, l'opération fut reprise : il s'agissait de diviser la coarctation elle-même, c'est-à-dire la partie rétrécie du canal, située entre l'ouverture déjà faite en arrière et le point où s'arrêtait la sonde introduite par l'urèthre, espace qui fut évalué à neuf lignes. Le malade fut placé derechef dans la même position, une sonde fut introduite dans le canal et confiée à un aide chargé de la maintenir solidement contre la coarctation, et d'en faire saillir l'extrémité sous les téguments. La sonde de la plaie fut remplacée par un gros stylet cannelé, qui servit de

guide au bistouri pour commencer l'incision du point rétréci, à laquelle je procédai d'arrière en avant, en évitant d'intéresser le prolongemect bulbaire. Les tissus recouvrant la coarctation furent divisés par couches de dehors en dedans, jusqu'à l'urèthre, que je parvins à découvrir d'une manière assez distincte pour l'ouvrir longitudinalement sur la crête même. Bien que le sujet fût maigre et des plus dociles, ce temps de l'opération fut long et très-difficile. Il se présenta ensuite d'autres obstacles, que ne m'avait point suggérés la théorie, et dont il n'est pas fait mention dans les faits pratiques portés à la connaissance du public. Ce sont les difficultés de faire passer la sonde du bout antérieur dans le bout postérieur de l'urèthre, après la division des tissus. Qu'elle sortît par la plaie ou qu'elle butât contre l'angle postérieur de cette dernière, j'eus une peine infinie à l'introduire dans la vessie, malgré la sonde cannelée qui servait de conducteur. Je ne parvins ensuite à écarter sûrement les obstacles et à soustraire le malade à des tâtonnements toujours douloureux, qu'à l'aide d'un conducteur spécial, à large gouttière, que je fis construire pour ce cas particulier. C'est un gorgeret cylindrique, plus long, plus étroit et à parois plus minces que celui dont on se sert dans la cystotomie périnéale. Je le plaçai dans la plaie jusqu'à la vessie, la sonde introduite dans le canal se logea dans la gouttière et chemina ainsi jusque dans le réservoir de l'urine. Le nouveau gorgeret ne m'a pas été moins utile quand il s'est agi de changer les sondes. Je n'y ai renoncé que lorsque l'orifice fistuleux, en rétrécissant, ne m'a plus permis de le passer. Cette difficulté d'introduire les sondes, alors même que le canal était assez dilaté pour en admettre de volumineuses, m'a paru tenir : 1° à l'épaississement et à l'induration de la face supérieure de l'urèthre, non atteinte par l'instrument tranchant, et formant une sorte d'éperon en relief ; 2° à la faiblesse et à l'amincissement des parois uréthrales à la face inférieure correspondante. Pendant longtemps, je dus procéder moi-même à l'introduction de plus grosses sondes, quoique la plaie fût entièrement cicatrisée et que l'urine sortît librement par la voie normale. Ce ne fut qu'à la longue que le malade parvint à les passer lui-même, ce qu'on lui recommanda de faire de temps en temps, afin de consolider la guérison et de prévenir la récidive. Plusieurs lettres que j'ai reçues depuis le départ du malade, en 1846, m'ont fait connaître que le résultat définitif était aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer.

Le fait dont je viens d'exposer les principaux détails a une grande portée ; il suffirait à lui seul pour établir l'utilité de l'uré-

throtomie de dehors en dedans. Mais il faut tenir compte de toutes les phases d'un traitement qui n'a pas duré moins d'une année, et dont le résultat paraissait encore si incertain au neuvième mois, que, dans une réunion de chirurgiens les plus éclairés et les plus compétents, il fut décidé qu'on se bornerait à un traitement palliatif. Le malade, plus confiant dans les ressources de l'art, ne voulut point s'en tenir là, et il eut raison.

J'avais affaire à un malade courageux, patient, résigné, ne reculant devant aucune manœuvre, quelque agaçante et douloureuse qu'elle fût ; ces conditions étaient nécessaires en face des difficultés inouïes que réunissait ce cas grave, compliqué. A l'exemple de S.-B. Brodie et autres, je ne me suis décidé à entreprendre l'opération qu'à la dernière extrémité, et après avoir acquis la certitude que tout autre moyen était inapplicable. Je n'ai ni cédé à l'entraînement trop facile de quelques modernes, ni reculé devant le tableau tant soit peu rembruni qu'ont esquissé les anciens.

Les chirurgiens, tant nationaux qu'étrangers, diffèrent essentiellement d'opinion eu égard à l'uréthrotomie de dehors en dedans. Les uns, fidèles aux doctrines de Desault, de Deschamps, de Chopart, etc., s'élèvent contre cette opération, soit qu'on ne divise de l'urèthre que le point rétréci, soit qu'on fasse, en arrière de la coarctation, une incision qui se rapproche plus ou moins de la prostate.

D'autres, s'appuyant de l'autorité de J.-L. Petit, et sur quelques faits recueillis de nos jours, cherchent à faire ressortir l'utilité de cette méthode ; ils n'hésitent même pas à proclamer qu'elle constitue un moyen précieux, à l'égard duquel nous aurions à déplorer et l'aveuglement de ceux qui le condamnent, et la conduite de ceux qui, sans exprimer leur sentiment à son égard, ont fait et font toujours les plus grands efforts pour ne pas être réduits à la nécessité d'y recourir.

Il y a exagération des deux côtés ; ce n'est pas dans ces opinions extrêmes qu'il faut chercher la vérité. J'ai cité quelques faits pratiques; MM. Blasius, Bonnet, Didot, Michaux, Pétrequin, Uytterhoeven, etc., en ont publié d'autres plus récents.

Au dire du traducteur de l'ouvrage de M. Brodie sur les maladies des organes urinaires, auquel il a ajouté des notes intéressantes, MM. Serre et Lallemand auraient pratiqué plusieurs fois l'uréthrotomie avec succès, et sans que les malades aient éprouvé d'accidents graves. La différence principale dans le procédé consiste en ce qu'au lieu du bistouri, dont on se sert généralement, M. Serre a préféré des ciseaux qui, suivant lui, per-

mettent de diviser plus sûrement les tissus sur la ligne médiane, et d'éviter, soit la blessure des corps caverneux, soit la section de l'urèthre en travers. A la vérité, on n'attache pas beaucoup d'importance à ce dernier accident, et le traducteur ajoute même qu'il a vu un chirurgien, ne pouvant plus trouver le canal sur le point oblitéré, couper exprès transversalement, sans que la guérison en fût entravée.

Ce qui frappe surtout dans l'exposé des faits nouveaux, c'est le silence de la plupart des auteurs sur les particularités de la manœuvre déjà signalée, et qu'on retrouve dans le cas que je viens de relater. A en croire les modernes, même ceux qui ne se renferment pas exclusivement dans le cercle des combinaisons de la théorie, on procéderait presque avec facilité et certitude à cette opération, dans laquelle Desault ne voyait qu'incertitude et danger, que Deschamps regardait comme impraticable, et dont le grand Sabatier déclarait n'avoir pu concevoir la possibilité. Ils nous disent que l'anatomie est le meilleur conducteur, et qu'ici ce guide n'est pas moins certain que quand il s'agit de procéder à la recherche d'une artère ; que, sous l'influence des efforts que fait le malade pour uriner, l'urèthre devient plus apparent ; ajoutant même que, si l'état pathologique opère des changements dans la partie de l'urèthre sur laquelle on doit agir, ces changements sont favorables à l'opérateur. Cette théorie est en opposition avec les données fournies par l'expérience, et il importe d'autant plus d'en faire la remarque, qu'en masquant ainsi les difficultés, on engage les jeunes praticiens dans une fausse voie.

On ne supposera pas, je pense, que Desault, Chopart, Deschamps, Sabatier, Brodie, etc., qui ont rencontré tant de difficultés, ne savaient pas l'anatomie, ou qu'ils manquaient de ce tact chirurgical derrière lequel on se retranche.

Le rapprochement, qu'on a cherché à établir entre une artère et l'urèthre réduit à l'état de cordon ligamenteux, n'est pas acceptable. On ne peut pas non plus admettre que, le malade faisant effort pour uriner, il devient facile de glisser un sylet dans le bout postérieur du canal. Ce n'est point un besoin d'uriner qu'éprouve celui dont on vient d'inciser profondément le périnée ; et si l'on a vu l'urine sourdre du fond de la plaie dans quelques cas, ce ne sont là que des exceptions rares, sur lesquelles il ne faut pas compter. Est-on mieux fondé à dire que les changements opérés par l'état pathologique ne sont pas défavorables à l'opérateur ? Eu égard à l'urèthre, c'est au devant de la portion membraneuse qu'on rencontre le plus souvent les coarctations

qui peuvent réclamer l'emploi de l'uréthrotomie. Comme cette portion est fort extensible, on a supposé que, dans le cas de rétrécissement, l'urine la dilatait ; puis l'on s'est fondé là-dessus pour dire qu'après la division des tissus extérieurs sur la ligne raphéale, entre l'anus et le prolongement bulbaire, l'espèce de fluctuation qui se fait sentir au fond de la plaie rend assez facile de découvrir le canal. Evidemment on a fait là abus de l'interprétation ; car, non-seulement la prétendue dilatation du canal derrière l'obstacle n'existe pas toujours, mais encore, quand elle se rencontre, elle contribue peu à faire apercevoir aisément l'urèthre au fond de la plaie. On parle d'un cas dans lequel M. Ekstrom aurait admirablement réussi ; mais un seul fait ne saurait servir de base à un précepte chirurgical, et ce fait d'ailleurs est en opposition avec d'autres en grand nombre.

Eu égard aux tissus qui recouvrent l'urèthre, tous ceux qui ont pratiqué la boutonnière, dans les cas de contusion du périnée, reconnaissent que souvent on ne parvient à découvrir le canal qu'à force de tâtonnements, de tiraillements, susceptibles d'entraîner de grands désordres. Qui oserait contester que le gonflement et l'induration de ces mêmes parties, par suite de l'infiltration urineuse, n'apportent pas aussi des difficultés de tout genre ? En face de ces masses dures, informes, qu'il n'est pas rare de rencontrer, le chirurgien se trouve privé de toutes les inductions que pourraient lui fournir ses connaissances anatomiques aidées du témoignage de ses sens. Faut-il s'étonner, après cela, qu'on fasse des incisions au hasard ; qu'on divise des parties qu'on avait intérêt à ménager ; qu'on manque l'urèthre, qu'on fasse l'incision à côté, et qu'on soit réduit à laisser l'opération inachevée, ainsi que le disent Desault, Brodie, et comme je l'ai vu ; ou, enfin, qu'on se décide ou à couper l'urèthre en travers, ou à plonger un trocart dans la direction de la vessie, comme on l'a fait, même tout récemment, en Amérique ?

Réussirait-on mieux si, au lieu de pratiquer l'uréthrotomie à l'endroit dont on a fait en quelque sorte un lieu d'élection, on se décidait à adopter le procédé vanté en France et en Angleterre, qui consiste à faire l'incision immédiatement au devant de la prostate, ou à opérer par le rectum, entre la pointe de la prostate et l'anus, dilaté avec un spéculum bivalve, en forme de cosse de pois ? A entendre les partisans de ces procédés, la plupart des difficultés seraient écartées par eux, et la manière d'agir qu'ils proposent réunirait en sa faveur le plus possible de chances de succès.

Faisons remarquer d'abord que ces procédés ne sont pas abso-

lument nouveaux, que l'un est indiqué dans Deschamps, et que dans la plupart des cas dont je viens de parler, et quelques autres analogues, on ne s'est pas tenu strictement à diviser les tissus qui recouvrent la coarctation et celle-ci elle-même ; le plus souvent, au contraire, l'incision a été ou commencée ou prolongée en arrière, de telle façon qu'il y avait pour ainsi dire combinaison des procédés précédemment indiqués. D'ailleurs, que l'incision extérieure soit un peu plus ou un peu moins en arrière, il ne saurait résulter de là, eu égard à la manœuvre, la différence qu'on indique, et l'opération ne devient réellement ni moins difficile ni moins incertaine. Ainsi, de quelque manière qu'on procède, il faut s'attendre à rencontrer de grandes difficultés. Assurément ce n'est point là une raison de renoncer à un procédé utile, car on est en droit d'espérer qu'on parviendra à les atténuer. D'un autre côté, il faut tenir compte des obstacles qu'il n'est pas rare de rencontrer dans l'application des autres ressources dont l'art dispose dans ces circonstances difficiles. Quoi qu'il en soit, les difficultés et l'incertitude de la manœuvre exercent, quant à présent, une grande influence dans l'appréciation du procédé qui nous occupe. Ce n'est pas tout : il y a des accidents et des dangers dont on ne paraît pas s'occuper, et qui n'en méritent pas moins de fixer l'attention, alors même qu'ils ne seraient point inhérents à la méthode, et qu'ils proviendraient pour la plupart de ce qu'elle n'a pas été régulièrement appliquée. En effet, l'art n'est pas encore en possession de données propres à garantir des écueils et à établir une pratique plus sûre ; il faut donc considérer ces inconvénients et ces dangers comme réels et pouvant se présenter sous la main la plus habile.

Il y a une question grave, dont la solution peut même devenir un motif déterminant dans le choix de la méthode : quel sera le résultat définitif de l'opération, alors même qu'elle réunirait toutes les conditions désirables sous le rapport de l'exécution ? Parvînt-on à rétablir le canal ou à en former un nouveau, le malade ne retombera-t-il pas bientôt dans la même situation ? C'est l'opinion de quelques chirurgiens, d'autres expriment un sentiment différent : les uns et les autres citent des faits, mais ils ne suffisent pas pour résoudre le problème ; il n'y a, en effet, qu'un petit nombre de cas dans lesquels on ait tenu exactement compte du résultat définitif du traitement. C'est là une regrettable lacune, que les modernes doivent s'attacher à faire disparaître. Mais ce qui est déjà constaté, c'est que la plupart des opérés obtiennent un soulagement immédiat, et qu'ils recouvrent la faculté d'uriner, que plusieurs ont même conservée long-

temps, au moyen de précautions assujettissantes sans doute, mais qui ne sont pas moins nécessaires à la suite des autres méthodes de traitement.

Ainsi, dans l'état actuel de la science, en tenant compte des circonstances qui viennent d'être indiquées, l'uréthrotomie de dehors en dedans est une opération rationnelle. Le praticien doit l'étudier, parce qu'elle peut devenir une ressource précieuse contre divers rétrécissements infranchissables de la courbure de l'urèthre, et surtout dans certains cas de fausse route dont je me suis longuement occupé dans mon *Traité pratique*, mais dont on n'apprécie pas assez généralement la gravité. Ce sont, en effet, les plus embarrassants que puisse rencontrer un chirurgien appelé à combattre une rétention complète d'urine, après que d'autres ou lui-même ont perforé le canal en avant de la coarctation. Dans ces cas, il est presque toujours impossible de distinguer si la sonde qu'on essaye d'introduire s'engage dans le véritable canal, ou dans la voie anormale. Il ne faut pas se le dissimuler, les difficultés dépassent alors tout ce qu'on peut imaginer. On ne procède qu'au hasard ; presque toujours on se fourvoie, et l'on ne fait qu'aggraver la position du malade. Il ne reste d'autre ressourre que la ponction vésicale par le rectum ou l'hypogastre, à moins qu'à l'exemple de quelques chirurgiens hardis, on ne pousse avec force, à travers le périnée et dans la direction de la vessie, une sonde-trocart, ou tout autre instrument analogue. (*La suite à un prochain numéro*).

XII. GÉNÉRALITÉS.

21. *Instructions sur le choléra, et avis relatifs à la loi pour éloigner les causes d'insalubrité et prévenir ces maladies, publiés par le Conseil général de santé d'Angleterre.*

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1848, p. 204.)

(Archives générales de médecine, novembre 1848.)

Une once de mixtion composée de craie (1) (*pulvis cretæ comp.*) avec 10 à 15 grains de confection aromatique (*conf. aromat.*),

Poudre de craie composée.

(1) Craie.	125	grammes.
Cannelle.	120	—
Tormentille.	90	—
Gomme.	90	—
Poivre long.	15	—

Faites une poudre homogène.

et de 5 à 10 gouttes de laudanum, répétée de la même manière; on peut y ajouter une demi à une drachme de teinture de catéchu (*tinct. catechu*) si l'attaque est violente.

Ces doses seront administrées par moitié aux adolescents au-dessous de quinze ans, et en quantité plus réduite encore aux enfants.

On fera bien de continuer à prendre ces remèdes le matin et le soir pendant quelques jours après que le cours du ventre aura cessé; mais, dans tous les cas, il faudra tâcher, autant que possible, d'obtenir une consultation de médecin sur les lieux mêmes, dès le principe du dérangement.

Après l'usage de ces remèdes, le point le plus important est la manière de se nourrir et de se vêtir. Partout où le choléra est épidémique, on observe invariablement chez un grand nombre de personnes une tendance extraordinaire à une irritation d'intestins. C'est assez pour indiquer qu'il est essentiel de s'abstenir des aliments qui peuvent contribuer à entretenir l'état de relâchement, tels que les végétaux verts de toute sorte, choux, concombres, salades. Il faudra aussi se priver de l'usage des fruits de toute sorte, même mûrs et cuits, secs ou confits. Les aliments végétaux les plus sains sont le pain bien cuit, mais pas tendre, le riz, le gruau et les pommes de terre de bonne qualité. On doit éviter les objets confits au vinaigre. Divers aliments et boissons, qui, en temps ordinaire, sont sains et conviennent aux individus, peuvent, dans cette circonstance exceptionnelle, devenir très-dangereux.

On doit rechercher les aliments solides plutôt que liquides, et les personnes qui ont le choix devront principalement se nourrir de viande, qui offre l'aliment le plus concentré et le plus fortifiant, ayant soin d'éviter les viandes salées ou fumées, le porc, le poisson salé et les coquillages, le cidre, le poiré, le gingerbeer, la limonade, les boissons acides et les liqueurs alcooliques.

Une grande tempérance dans le boire et le manger est absolument nécessaire, comme mesure de sûreté, *pendant toute la durée de l'épidémie*. Un seul excès a souvent amené une attaque violente et suivie de mort. L'intervalle entre les repas ne doit pas être long, le choléra ayant invariablement sévi avec une violence extraordinaire parmi les classes qui s'astreignent aux longs jeûnes observés dans l'Orient et dans quelques pays d'Europe.

Des exemples frappants peuvent être cités à l'appui de ces avis importants. Le docteur Adair Crawford assure qu'en Russie les attaques les plus virulentes sont celles qui arrivaient à la suite d'un repas solide précédé d'un long jeûne. En Angleterre, lors

de la première invasion, les attaques les plus fréquentes et les plus fatales se sont manifestées dans le milieu de la nuit, quelques heures après un souper indigeste.

Les trois cas mortels qui viennent de se produire chez des matelots qui avaient été à Hambourg, et qui arrivaient malades à Hull, sont arrivés, ainsi que l'enquête l'a prouvé, après que ces hommes eurent mangé une forte quantité de prunes et bu de la bière aigre : et les deux cas mortels, qui ont eu lieu plus récemment encore à bord du *Volant*, ont atteint deux ivrognes qui avaient continué de boire malgré les avertissements qu'on leur avait donnés sur le danger de l'intempérance.

Par suite de la liaison intime qui existe entre l'épiderme extérieur et la membrane interne des intestins, des vêtements chauds sont très-importants ; il sera donc bon de porter de la flanelle sur la peau. On a reconnu, en dernier lieu, sur le continent, qu'il est très utile de porter une ceinture de flanelle autour du corps pendant la journée, et cette précaution peut devenir indispensable chez nous pendant la saison froide et humide dont nous approchons.

On doit avoir le plus grand soin de se tenir les pieds chauds et secs, de changer de vêtements aussitôt qu'on a été mouillé, et de tenir les chambres à coucher et autres appartements bien aérés, bien secs et chauds.

On doit prémunir aussi contre l'emploi des purgatifs froids, tels que sels d'Epsom, de Glauber, poudres de Sedlitz, qui deviennent dangereux à cette époque, en quelque quantité qu'on les prenne. Les purgatifs drastiques de toute sorte, tels que le séné, la coloquinte, l'aloès, ne doivent s'employer que par ordonnance spéciale du médecin.

Si, nonobstant ces mesures de précaution, une personne se trouve prise subitement de frisson, étourdissements, nausées, vomissements et crampes, loin de tout secours des médecins, l'expérience médicale la plus confirmée démontre que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de mettre le malade, sans perdre un moment, dans un lit bien chaud, de le réchauffer au moyen de flanelle chaude, bouteille d'eau chaude, sachets de fleurs de camomille chauffée, de son et de sel appliqués aux pieds et le long de l'épine dorsale ; de frotter sans relâche les extrémités ; d'appliquer un large emplâtre de moutarde et de vinaigre sur la région de l'estomac, qu'on maintiendra de 15 à 20 minutes ; de faire prendre toutes les demi-heures une cuillerée à café de sel volatil dans un peu d'eau chaude, ou une cuillerée à bouche d'eau-de-vie dans un peu d'eau chaude, ou un verre de bon vin

de Whez fait avec un petit verre de Xérés dans un verre de lait chaud ; enfin, de faire tout ce qui sera possible pour amener la chaleur et une transpiration générale, jusqu'à ce qu'un médecin puisse venir rendre les soins qui deviennent alors indispensables.

On n'a pas jugé nécessaire ni convenable de donner des instructions pour le traitement de la maladie dans une période plus avancée ; les dispositions proposées ci-dessus pourront suffire jusqu'à l'arrivée d'un médecin ; alors les symptômes particuliers à chaque individu seront traités comme ils l'exigeront.

Quoique l'époque du danger puisse imposer à toutes les classes des efforts et des sacrifices extraordinaires, on peut croire que cette époque ne sera pas de longue durée, puisque, dans la précédente invasion du choléra, cette maladie s'est rarement maintenue dans les localités qu'elle a atteintes au delà de quelques mois et même de quelques semaines. D'un autre côté, on peut espérer raisonnablement que les améliorations introduites dans le but d'en arrêter le progrès contribueront avec le même succès à en abreger la durée, et que ces améliorations ne seront pas temporaires comme l'occasion qui les a fait naître, mais produiront des avantages permanents.

Pour conclure, le Conseil général de santé insiste de nouveau sur cette remarque, que toute mesure préventive contre le choléra est également utile contre le typhus et toute autre maladie épidémique sujette à retour. Il appelle l'attention de toutes les classes sur ce fait, aussi palpable que consolant, relatif au choléra ; que, sous sa forme la plus intense, et dans sa période avancée, il n'y en a pas contre laquelle il soit plus au pouvoir des hommes de se précautionner, soit comme individus, soit comme institutions collectives, en surveillant avec attention la maladie dans sa première période ou dans les symptômes précurseurs, et en supprimant les causes qui sont les agents connus de propagation dans toutes les épidémies. Ainsi donc, quoique les inconvénients ne dépendent pas de nous, il nous est permis d'attendre avec espoir et même avec confiance le résultat des mesures de précaution que l'expérience et la science ont actuellement mises à notre portée, si elles sont appliquées avec résolution et persévérance.

---

22. *Mémoire sur les crises et les jours critiques, et sur la nécessité de tenir compte de leur influence sur la marche et la terminaison des maladies;* par M. Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker et membre de l'Académie nationale de médecine.

(Revue médico-chirurgicale, novembre 1848.)

> Je puis assurer que depuis près de vingt ans que je me livre à l'exercice de la médecine, j'ai constamment observé les crises aux époques désignées par Hippocrate, lorsqu'une médecine perturbatrice ne changeait pas la marche naturelle des maladies. Les élèves qui ont suivi mes cours de médecine clinique à l'hospice de la Salpêtrière, ont souvent vu les crises s'opérer les jours critiques, même chez les vieillards
>
> Landré-Beauvais, *Dict. des Sciencees médicales*, tom. 7, article Crise p. 790.

Nous n'ignorons pas que la doctrine des anciens sur les crises, objet de ce travail, est bien vieille et bien surannée; c'est maintenant que nous pourrions dire, et avec plus de fondement sans doute, ce que Bordeu disait il y a plus de 80 ans (1767) : « Qui lit aujourd'hui les anciens, qui comprend Hippocrate, nous ne disons pas les mots, les variantes, mais les choses, la méthode du philosophe de Cos? » Cet abandon de la médecine antique nous fait vivement désirer qu'un certain nombre de médecins studieux acquièrent une connaissance approfondie des anciens, examinent leurs opinions sur les crises, vérifient leurs pronostics, tels qu'ils sont énoncés dans les aphorismes d'Hippocrate, les prénotions de Cos et les meilleurs commentateurs de ces livres, comme le firent autrefois Bordeu et son ami Lamure à l'hôpital de Montpellier. En exprimant ce vœu, nous avons en vue les médecins qui voient des malades pour voir des maladies, qui exercent leur profession avec intelligence et dignité, et non ceux qui, pour nous servir des expressions du célèbre médecin béarnais, courent les rues du matin au soir pour chercher des pratiques, acquérir des richesses et la faveur de la multitude; pour tout dire enfin, nous nous adressons aux hommes sérieux qui comptent pour quelque chose l'expérience du passé, et qui comprennent combien on nuit à la science médicale par la folle prétention d'en changer sans cesse les bases.

Dans l'enfance de l'art, les praticiens, qui connaissaient fort peu la marche des maladies et l'action des médicaments, durent s'attacher à observer, non pas seulement les pratiques qui avaient réussi, mais aussi les changements heureux qui survenaient dans le cours des maladies, en dehors des moyens employés, lorsque ceux-ci avaient été inefficaces. C'est ainsi, sans doute,

qu'ils furent conduits, lorsque l'art prit plus de consistance, à noter les bons, les mauvais jours, et les changements heureux qui servirent plus tard de fondement à l'institution du pronostic et à la médecine expectante. Si la simple observation des phénomènes bons ou mauvais qui surviennent dans le cours des maladies, et surtout le pronostic établi sur ces phénomènes, tel qu'on l'attribue à Galien dans une circonstance mémorable, révèlent le génie de l'homme livré à l'étude de la nature et excitent notre admiration, que dire de la hardiesse, de la témérité du médecin qui, osant s'abstenir de toute médication, annonça le premier la guérison pour tel jour? Quand les malades venaient à succomber, ne pouvait-il pas être accusé de les avoir laissés mourir sans secours, d'avoir osé substitué une vaine spéculation d'esprit à des moyens efficaces peut-être? Ce sera, soit dit en passant, l'éternel argument du praticien consciencieux et timoré qui croit à la perfectibilité de son art, et une perpétuelle objection à faire à la doctrine des crises, en tant qu'elle proscrirait l'emploi concomitant des médications actives ; ce que nous n'admettons pas.

Néanmoins, et malgré d'aussi légitimes scrupules, il s'est trouvé, parmi les anciens et parmi les modernes, des hommes de l'art, assez sûrs de leur expérience et de leur pronostic pour proscrire l'administration des médicaments réputés les plus efficaces dans les périodes les plus graves des maladies aiguës, et annoncer une heureuse terminaison sur la foi d'une crise. Ainsi, à une époque où les idées des anciens étaient tout à fait dédaignées, *Solano* (de Luques), qui n'était qu'un simple praticien, dégagé de toute influence systématique, après des études longues et attentives sur la signification du pouls, demandait avec instance à ses confrères de la ville d'Antera, en Espagne, de s'abstenir de tout moyen curatif chez des malades dont il assignait la guérison à tel jour, sur le témoignage d'une crise actuelle ou même imminente. Cette expérience fut répétée plusieurs fois avec succès, d'après le témoignage authentique de plusieurs médecins espagnols, devant *Nihell*, médecin de la factorerie anglaise à Cadix, lequel avait fait le voyage d'Antequera pour être témoin des pronostics de Solano, d'après l'état du pouls. Lorsque Solano appela l'attention des médecins sur la doctrine des crises et montra une sagacité presque égale à celle de Galien dans l'art du pronostic (principalement d'après l'état du pouls), cette doctrine était tombée dans un tel discrédit, que Nihell, commentateur de Solano, semble craindre qu'on le prenne pour un rêveur, pour un imposteur qui veut ressusciter les *contes*

d'Hippocrate sur les crises. Dans le chapitre quatrième de son opuscule, publié en 1748, sous le titre d'*Observations nouvelles extraordinaires sur la prédiction des crises par le pouls*, il soutient qu'on n'a jamais démontré la fausseté des observations des anciens sur les crises, ni justifié le peu de cas qu'on en faisait alors. Pour corroborer les expériences de Solano, dont il avait été témoin, il invoque l'autorité de Fréderic Hoffman, qui, pendant une pratique de quarante ans, avait presque toujours vu les fièvres aiguës se terminer par des révolutions critiques au troisième, quatrième, septième, onzième et quatorzième jour ; il cite encore Forestus, qui, sur 48 sujets atteints des mêmes maladies, avait constaté 38 crises : 22 au septième jour, 7 au quatorzième, 1 au dix-septième, 2 au onzième, 5 au quatrième, 1 au vingt et unième. *Bordeu* est au premier rang des médecins expectants naturistes qui ont accordé une grande confiance aux crises ; et il raconte, ainsi que nous le rappelions tout à l'heure, comment *Lamure* et lui vérifiaient à l'hôpital de Montpellier les oracles de Cos au lit du malade, et confirmaient les présages des anciens. Il ne craignait pas de prendre, dans diverses occasions, la responsabilité d'un pronostic heureux ou malheureux chez des malades assistés par plusieurs médecins, et qui avaient réclamé ses avis.

Nous pourrions facilement citer d'autres témoignages plus ou moins imposants en faveur des crises. Ce que firent Solano et Bordeu, bien d'autres praticiens, moins connus, l'ont fait. *Landré-Beauvais*, notre premier maître en médecine pratique, clinicien de l'école de Pinel, enseignait dans ses leçons et faisait au lit du malade l'application des préceptes exposés dans son ouvrage sur la Séméiotique, longtemps classique parmi nous. Nous-même, nous avons souvent, à l'hôpital, annoncé aux élèves présents d'heureuses terminaisons, sur la foi des crises, par les urines, les sueurs, les hémorrhagies nasales, etc., etc. Quoique, dans des cas semblables, nous n'ayons pas pour principe de nous condamner à l'inaction, comme le voulaient Solano et Bordeu, nous devons avouer que l'apparition d'une crise modifie presque toujours notre thérapeutique d'une manière notable. Plusieurs fois, il nous est arrivé de supprimer une prescription faite à la hâte, en apprenant qu'une sueur abondante, qu'un dépôt dans les urines, etc., s'étaient montrés pendant la nuit. En fait de pronostic, nous sommes quelquefois allé plus loin que cela. Nous fûmes demandé un soir (il y a bien longtemps) dans la maison que nous habitions pour voir un jeune homme qui avait, depuis deux jours, une fièvre très-aiguë, une grande céphalalgie, et

dont le pouls était sautillant et dur. Nous prescrivîmes de la limonade, un pédiluve sinapisé, et nous crûmes pouvoir annoncer que le malade aurait une hémorrhagie nasale dans la nuit ou le lendemain, et que, dans ce cas, il serait bientôt guéri ; ce qui eut lieu en effet. Il y a peu de jours, nous avons pu annoncer le quatrième jour pour le septième, chez un enfant atteint d'érysipèle, une crise salutaire qui s'est accomplie.

Si on nous demande pourquoi la doctrine des crises, comme au temps de Bordeu, compte aujourd'hui si peu de partisans, nous répondrons, avec *Van Swieten*, que les médecins occupés (seuls en position de les observer souvent), étant obsorbés par le nombre considérable des malades qu'ils visitent, ne peuvent se rendre un compte exact des symptômes et de la marche des maladies ; que les malades eux-mêmes poussent les médecins dans une mauvaise voie, les font dévier de la route tracée par les maîtres de l'art, par leur désir de guérir promptement, et leur ardeur sans égale pour les médicaments. De plus, il faut bien le dire, quoique ce soit une triste vérité, il est plus facile à un praticien de saigner, de purger un malade d'après un rapide examen du pouls, de la langue, etc., de prescrire, soit des emplâtres, soit des frictions, voire même des poudres, des potions et des pilules sur l'indication de quelques symptômes, que d'observer chaque jour attentivement les phénomènes successifs des maladies, d'en discuter la valeur, de s'arrêter devant un mouvement critique, nonobstant les observations du malade et de ceux qui l'entourent. Nous ajouterons, ce qui pourra sembler paradoxal, que les progrès même de l'art sont jusqu'à un certain point un obstacle à la mise en pratique de la doctrine des crises. Celle-ci, en effet, repose sur un empirisme éclairé, mais qui laisse toujours un doute dans l'esprit. La perfection des méthodes de diagnostic tend à dissiper entièrement ce doute, et rend bien moins nécessaires les moyens plus complexes d'investigation des anciens. Ainsi, nos connaissances précises en anatomie et en anatomie pathologique, nos moyens de palpation, de percussion et surtout d'auscultation, en nous dévoilant d'une manière plus certaine, plus prompte et plus facile, la nature du mal, nous dispensent trop souvent de tenir compte des symptômes généraux, de l'état des divers appareils secondairement affectés, et des indices qu'ils peuvent nous fournir touchant la solution des maladies. Disons, enfin, en terminant, que tous les esprits intelligents ne sont pas doués de la patience nécessaire à l'observation ; une exception dégoûte et déroute les plus tièdes, et comme le praticien dont parle Van Swieten, ils cherchent dans la différence

des climats, dans les cas douteux, complexes, incomplets, un prétexte pour négliger l'observation attentive des grandes lois de la nature.

Mais de ce que de notre temps on attache très-peu d'importance aux crises, de ce qu'elles passent trop souvent inaperçues, faut il en conclure qu'elles soient très-rares dans la pratique et sans importance pour les malades ? Non, certes. Nous avons déjà implicitement résolu le premier terme de la question ainsi posée ; quant au second, il nous suffira de mentionner ici l'avantage d'épargner aux malades l'administration inutile des médicaments, l'application de révulsifs douloureux, de médications internes capables de détériorer les organes, d'affaiblir en pure perte les malades et de prolonger les convalescences. Nous avons conservé le souvenir d'un médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui abusait d'une manière étrange de la saignée, ne reconnaissant à la nature aucune puissance, aux crises aucune valeur ; les convalescences étaient toujours très-longues dans son service, et les malades en sortaient exténués et anémiques. Qui ne connaît les ravages des médicaments incendiaires administrés sans discernement ? Avec une telle pratique d'ailleurs, nous défions l'esprit le plus pénétrant de saisir la marche de la nature dans les maladies à travers les accidents produits par une médication perturbatrice. Le seul moyen d'y parvenir, c'est de ramener l'art à sa simplicité première, comme l'ont sans cesse conseillé tant d'illustres observateurs. Les malades y gagneront assurément beaucoup. Les expériences ne nous manqueraient pas pour le prouver ; nous citerons la suivante, faite par l'un des médecins les plus savants et les plus éclairés de notre époque.

« Pendant cinq ans que j'ai été médecin de l'hôpital de Martigues, les malades affluaient, et l'établissement était d'une pauvreté extrême : je me mis à rechercher jusqu'à quel point on pouvait se passer de remèdes, et je parvins à réduire la dépense en ce genre à 600 francs par an pour environ 100 malades par jour. A mon départ, les administrateurs écrivirent au préfet que jamais ils n'avaient eu autant de malades et si peu de morts, ni employé si peu de remèdes. » On ne peut pas faire un plus bel éloge de la médecine expectante.

Les idées fausses qu'on s'est faites des crises, les ridicules explications qui en ont été données (tendant à les mettre en dehors de la pathologie), ont beaucoup contribué à les discréditer, mais ne leur ont en réalité porté aucune atteinte sérieuse. Si, d'un autre côté, des théoriciens ont obscurci cette doctrine des anciens en l'assujettissant à la puissance révolutionnaire des nom-

bres et aux dogmes de la philosophie pythagoricienne, s'il a plu à d'autres d'en faire des *entités* purement imaginaires, agissant de leur propre mouvement, en dehors des fonctions de l'organisme, ces erreurs ne touchent en rien le fond de la doctrine que nous voulons réhabiliter aux yeux d'un grand nombre de médecins.

La crise, selon la définition de Galien, est un changement qui survient dans le cours d'une maladie, soit en bien, soit en mal, c'est-à-dire qu'il est ou n'est pas favorable au malade, qu'il conduit à la guérison ou à la mort. Dulaurens, dans son langage bref et naïf, disait que la crise était une soudaine mutation qui se fait, soit à la santé, soit à la mort. En donnant un peu plus d'exactitude et d'extension à cette définition, nous disons que la crise est un changement le plus souvent favorable qui survient dans le cours d'une maladie aiguë, s'annonce par des phénomènes précurseurs, et se caractérise par une excrétion abondante, une hémorrhagie considérable, des sueurs, un dépôt dans les urines, etc. Nous ajoutons : bien que ce changement survienne le plus souvent à la suite de l'administration des médicaments, il semble pourtant tirer son origine d'une autre cause, puisqu'il se manifeste souvent en l'absence de toute médication. La plupart des anciens ont attribué ce phénomène à l'action spontanée de la nature médicatrice qui provoquait une modification avantageuse aux malades. Que le changement soit le résultat du rétablissement des excrétions suspendues au commencement de la maladie, ou de l'équilibre général rétabli, ou bien encore d'un retour à l'état normal; qu'au lieu d'être une cause active comme le voulaient les anciens, il ne soit qu'un résultat, qu'un effet, peu importe ; nous disons, nous, que c'est une partie intégrante et essentielle de la maladie, qu'il faut toujours noter quand elle se présente, sous peine de recueillir une observation incomplète.

Des médecins ont prétendu que, pour que les crises fussent entières et complètes, et, pour ne pas les mutiler, il fallait se borner à une expectation rigoureuse qui pouvait compromettre la vie des malades ; de là, un prétexte spécieux pour les négliger. C'est là une erreur qu'il importe de réfuter : Hippocrate, comme on l'a répété souvent à tort, ne restait pas toujours désarmé devant les maladies ; il employait diverses médications plus ou moins actives, comme la saignée, les purgatifs, les fomentations, etc. Que s'il advient, dit Dulaurens (l'un des médecins qui ont le mieux écrit sur les crises), que la crise soit très-faible, le médecin lui doit prêter la main, c'est pour cette raison,

ajoute-t-il, qu'Hippocrate prescrit, pour aider la nature, des moyens extérieurs, tels que des cataplasmes, des fomentations, même des saignées. Ainsi, Méthon commence à saigner au nez un jour critique ; Hippocrate lui fomente aussitôt la tête avec de l'eau chaude, et le sang coule plus largement. Galien veut aussi que, si la crise est impuissante, la nature soit aidée par le médecin ; mais si elle est parfaite, il défend de ne rien mouvoir ni innover. Avicenne, lorsque la crise par les sueurs commençait à paraître, usait des sudorifiques et oignait le ventre d'huile chaude. Pour ce qui nous concerne, nous ne restons jamais inactif en attendant une crise, lors même que nous sommes le mieux fondé à l'espérer chez des malades jeunes, bien constitués, atteints des maladies les plus disposées aux mutations critiques ; mais à l'exemple de Galien, nous nous arrêtons le plus souvent lorsque la crise commence à se montrer et que tout annonce un amendement favorable ; mais lorsque la crise avorte ou n'a pas de suite, nous continuons le traitement avec les modifications qu'exigent les changements survenus ; le plus souvent, nous aidons la nature, dans les limites tracées par Hippocrate dans l'aphorisme suivant : *Quò vergit natura èo ducendum est.*

Nous ne terminerons pas ces considérations générales sur les crises sans répondre à l'objection de ceux qui ont cru devoir s'abstenir d'en tenir compte, sous le prétexte qu'elles ne se produisaient pas dans nos climats avec le même caractère que sous le ciel de la Grèce. Et d'abord, Hippocrate lui-même a déjà rétorqué leur argument, en disant qu'il avait fait les mêmes observations dans l'Asie. *Houllier*, *Baillou*, *Sydenham*, *Lepoix*, *Rivière*, *Stahl*, ont également attesté cette parfaite conformité des crises dans les diverses contrées de l'Europe. Aymen, l'auteur d'un Mémoire couronné par l'Académie de Dijon, soutient et prouve, au jugement de cette Académie, que les jours critiques sont dans nos climats les mêmes qu'ils étaient dans les localités de la Grèce où Hippocrate avait fait ses observations. *Fodéré*, qui avait longtemps exercé la médecine sous le climat doux et le beau ciel de la Provence, puis ensuite sous le climat froid et humide de Strasbourg, affirme également avoir trouvé *que la nature conserve les mêmes droits sur les maladies* dans ces deux climats opposés.

Pour la parfaite intelligence de ce Mémoire, nous devons dire quelque chose des *jours critiques*, de leurs attributs, de leurs distinctions, de la manière de les compter chez les anciens. Comme cette matière est épineuse et un peu confuse, nous avons cru devoir prendre pour guide, dans cette exposition succincte, Bor-

deu, l'un des auteurs qui ont le mieux compris les anciens.

Les jours d'une maladie dans lesquels les crises s'accomplissent se nomment critiques, et tous les autres non critiques. Ceux-ci sont pourtant aptes à le devenir, mais dans des cas exceptionnels, observés d'ailleurs par Hippocrate et par Galien lui-même. De ces jours critiques, les uns ont été qualifiés de *radicaux* par les Arabes : ce sont le *septième* (non compris le jour d'invasion), le *quatorzième,* le *vingtième*. Ces trois ont été encore nommés *principaux*, car il en est d'autres qui n'occupent que le second rang parmi les jours heureux, comme le *neuvième*, le *onzième* et le *dix-septième*. Le *troisième*, le *quatrième* et le *cinquième* jugent bien moins bien encore ; quant au sixième, il juge toujours mal ; et c'est pour cette raison que les anciens lui ont imposé la qualification singulière de *Tyran*. Le *huitième* et le *dixième*, offrent quelquefois aussi des crises imparfaites ou qui avortent ; enfin, le *douzième*, le *seizième* et le *dix-huitième* n'en présentent jamais d'aucune espèce.

Le *septième* a toujours été considéré comme le jour critique par excellence. Galien assure avoir observé dans un seul été plus de quatre cents maladies jugées au septième. Le *quatorzième*, mis au second rang par *Hippocrate*, a été placé au premier par d'autres observateurs. *Archigène* veut que le *vingt et unième* soit plus souvent critique que le *vingtième*. Les autres jours critiques sont généralement considérés comme inférieurs aux trois premiers; c'est pour cela qu'on leur a imposé ces dénominations particulières d'*indicateurs*, d'*intercalaires*, de *vides*. Les *indicateurs* ou *contemplatifs* sont ceux qui annoncent, par une amélioration ou par un phénomène précurseur, une crise parfaite pour l'un des jours radicaux. Le quatrième, par exemple, est l'indice du septième, qui n'est jamais plus parfait que lorsqu'il est indiqué d'avance. C'est en faisant une application de cette règle de pronostic qu'Hippocrate dit, dans un de ses aphorismes : *Ceux qui doivent être jugés au septième jour ont une hypostase abondante dans l'urine au quatrième*. Le onzième est indicateur du quatorzième et le dix-septième du vingtième. Les jours *indicateurs* peuvent, au surplus, être décidément critiques ; alors ils deviennent *radicaux* par exception ; dans l'un et l'autre cas, ils peuvent annoncer la mort comme la guérison.

Les jours *intercalaires*, encore appelés provocateurs, sont le *troisième*, le *cinquième*, le *neuvième*, le *treizième*, le *dix-neuvième*. Ils sont, dit Bordeu, comme les lieutenants des critiques ; s'ils font la crise, on doit craindre une rechute. Dans cette occurrence, le cinquième jour a été noté par *Hippocrate* comme dangereux,

tandis que Galien atteste que le neuvième juge quelquefois heureusement.

Les jours vides, qu'on appelle ainsi parce qu'ils ne sont ni critiques ni indicateurs de la crise, sont le *sixième*, le *huitième*, le *dixième*, le *douzième*, le *seizième*, le *dix-huitième*, etc.

Le nombre évidemment trop considérable des crises et des jours critiques, admis par les anciens et par les modernes qui les ont suivis à la lettre, nous paraît avoir fait exagérer la difficulté de l'application de cette doctrine au lit du malade ; elle peut être beaucoup simplifiée par des observateurs intelligents. On peut faire, au surplus, la même remarque par rapport aux différentes espèces de pouls admises par *Galien*, *Solano*, *Bordeu*, *Fouquet*, etc. L'observation en toutes choses est toujours difficile et complexe ; ceux-là seuls, qui apportent beaucoup de persévérance et une attention soutenue dans l'examen des phénomènes de la nature, peuvent découvrir les lois invariables auxquelles elle est soumise. Ce n'est qu'à force de patience et d'application que le naturaliste, émule du médecin, parvient à connaître la physiologie des végétaux, la formation des minéraux, l'organisation des animaux inférieurs, qui nous semblent, au premier abord, un mystère impénétrable. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

23. *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules*; par A. Legrand, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Suite : *voir* t. II, février 1848, p. 165 ; t. IV, avril, p. 187 ; t. VIII, août, p. 190 ; t. IX, septembre, p. 200 ; t. X, octobre, p. 184.)

(Revue Médicale, juin 1848.)

Passons maintenant à l'examen des lois de la mortalité chez les phthisiques après l'âge de 15 ans. Auparavant recherchons quel est à peu près le chiffre total de la mortalité causée par cette cruelle maladie. — D'après M. Benoiston de Chateauneuf, sur 43,010 personnes reçues dans les trois principaux hôpitaux de la ville de Paris (*hospices de la Charité, de la Pitié et de l'Hôtel-Dieu*) dans un espace de 19 années (de 1821 à 1836), 1,554 sont morts phthisiques, c'est un peu plus du 28e, chiffre énorme, si l'on songe qu'il y a eu dans ce cas autant de décès que de malades. Aussi M. Louis a-t-il pu (*ouv. cité*), écrire : « Quant à la « mortalité, elle est à celle qui est causée par les autres mala- « dies à peu près comme un est à deux ; c'est-à-dire que de trois « cent cinquante-huit sujets morts dans l'espace de trois années « et demie, dans le service de M. Chomel, cent vingt-trois « avaient succombé à la phthisie, et deux cent trente-cinq à

« des affections de différente nature. Et si, au nombre indiqué « de phthisiques, on ajoute celui des sujets qui, ayant succombé « à d'autres maladies, avaient néanmoins des tubercules ou des « excavations tuberculeuses dans les poumons, c'est-à-dire « quarante, on trouve que, *sur trois cent cinquante-huit sujets,* « *cent soixante-trois, ou à très-peu de chose près la moitié de la totalité,* « *avaient des tubercules pulmonaires et étaient morts phthisiques !* »

Nous pensons qu'on peut considérer ce chiffre de M. Louis comme exagéré, du moins est-ce l'opinion généralement admise, que les tubercules pulmonaires ne figurent que pour un cinquième dans la proportion des décès classés par maladies.

Un travail de M. A. Lefebvre, médecin à Rochefort, entrepris dans le but de rechercher ce qu'il y a de vrai dans l'antagonisme de la phthisie tuberculeuse et de la fièvre intermittente, dit que, sur trente décès dont il a pu apprécier les causes pendant vingt-cinq mois de pratique civile, « il en a compté dix par suite « de phthisie pulmonaire sur des personnes de tout âge, de « toute condition et de tout sexe... En faisant le dépouillement « des registres d'autopsie, conservés dans les registres de l'É- « cole, il a trouvé, sur 615 autopsies, 105 cas de phthisie (*pulmo-* « *naire*) et 27 de tubercules développés dans d'autres organes, « c'est-à-dire un peu plus du cinquième du total des autopsies. « En faisant le relevé des causes de la totalité des décès pendant « deux ans, M. Lefebvre a trouvé la même proportion pour la « phthisie (pulmonaire). »

C'est maintenant que cette affreuse proportion de la mortalité causée par le tubercule est appréciée, c'est maintenant, disons-nous, que nous pouvons rechercher quelles sont les lois de cette mortalité selon les âges, à dater de 15 ans. Un auteur anglais nous fournira sous ce point de vue tous les renseignements désirables, c'est Klark qui a compulsé un grand nombre de statistiques et a réussi à réunir le chiffre énorme de 4263 décès causés par la phthisie (*A. Treatise on pulm. consumpt.*, p. 179), qui se répartissent ainsi qu'il suit :

De 20 à 30 ans,	1409	morts.
30 à 40,	1228	
40 à 50,	805	
50 à 60,	522	
15 à 20,	299	

En recherchant quelle était la proportion de la mortalité sur 1000, toujours relativement aux âges, le même auteur a encore pu dresser le tableau suivant :

De 20 à 30 ans,	285	pour 1000.
30 à 40	248	
40 à 50	185	
50 à 60	108	
15 à 20	99	

Les résultats obtenus par le médecin anglais ont reçu la sanction de Bayle et de MM. les docteurs Louis et Briquet.

M. Andral, en s'aidant des tableaux statistiques publiés à l'époque où M. de Chabrol était préfet du département de la Seine, a dressé un tableau de la mortalité causée par la phthisie selon les âges, qui diffère peu de celui qu'on doit à Clark, car ces différences pourraient bien tenir seulement à ce que les périodes sont autrement définies. Voici ce tableau :

De 20 à 30 ans.
30 à 40
10 à 20
40 à 50
50 à 60
0 à 10
60 à 70
70 à 80

Ainsi la période décennale de 10 à 20 vient en troisième ligne, parce qu'elle renferme deux périodes quinquennales fort distinctes : d'abord celle de 10 à 15, qui comprend les âges de 10 à 12 ans, où les enfants se montrent sujets aux affections tuberculeuses, ainsi que celle de 14 à 15 ans, où elle se montre, ainsi que nous l'avons déjà exprimé, aussi fréquente qu'à l'âge de 4 ans : mais ensuite celle de 15 à 20 ans, que tous les auteurs s'accordent à considérer comme une période quinquennale qui compte très-peu de tuberculeux. Il en est de même pour la période du moment de la naissance à l'âge de 10 ans, qui, si elle renferme une période où la tuberculisation est fréquente (de 4 à 7 ans), en renferme une autre où elle est presque nulle (de l'époque de la naissance à l'âge de 3 ans).

Les recherches de M. Lombard, faites sur le mouvement de la mortalité dans la ville de Strasbourg, pendant une période de temps de neuf années, donnent des résultats qui, pour les adultes, s'accordent aussi assez bien avec ceux qui précèdent, surtout dans une période d'années qui s'étend de 21 à 28 ans, qui est celle où l'on rencontre, selon M. Lombard, le plus grand nombre de tuberculeux. Mais cette concordance n'existe plus qnand il s'agit de l'enfance qui serait presque toujours exempte de tubercules, si l'on s'en rapportait au tableau dressé par ce médecin. Cela tient, et nous avons de bonnes raisons pour le dire, à ce que dans l'enfance rien n'est plus aisé que de confondre le catarrhe

pulmonaire simple, qui lui-même fait mourir tant d'enfants, avec la toux symptomatique de la présence des tubercules dans les poumons. Cela tient encore à ce que le diagnostic est plus difficile à établir, en ce que les enfants ne crachant presque jamais, on ignore s'ils ont craché du sang (et du reste ils en crachent plus rarement que les adultes) ; en ce que la percussion et l'auscultation ne donnent jamais chez eux des résultats aussi tranchés que chez l'adulte. Enfin cela tient encore à une autre circonstance, c'est qu'il n'est question dans la statistique de M. Lombart que du tubercule pulmonaire et pas du tout du tubercule mésentérique.

Le tubercule mésentérique est encore une maladie presque exclusivement réservée à l'enfance et fort fréquente à cette époque de la vie; ainsi sur 50 enfants ouverts par M. Papavoine, il a trouvé des tubercules 25 fois dans le mésentère ; et sur cent ouvertures d'enfants tuberculeux, ce même M. Lombard a trouvé 31 fois des tubercules dans les ganglions mésentériques. Enfin, si MM. Rillat et Barthez (*loc. cit.*) ont reconnu : « que chez l'en-« fant, comme dans un âge plus avancé, le poumon est de tous « les organes celui qui se tuberculise le plus souvent... » les ganglions mésentériques viennent en troisième ligne ; il n'est ici question que des enfants, puisque ces auteurs n'ont écrit que sur les maladies de cet âge.

Les phénomènes de la tuberculisation, nous l'avons déjà dit, sont infiniment plus rares chez le vieillard qu'à toute autre époque de la vie. Cependant on les y observe (et nous allons relater une observation qui le prouve), et alors c'est plus spécialement dans les poumons qu'on rencontre les tubercules.

Tubercules pulmonaires chez un vieillard.

Obs. XXXIX.—Un homme de 70 ans, jadis de forte constitution, mais très-maigre aujourd'hui, est apporté le 7 juin 1843 dans le service de M. le docteur Forget, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Il toussait depuis longtemps, mais depuis un mois seulement la maladie a fait de rapides progrès ; aujourd'hui il est à l'agonie, puisqu'on entend le râle trachéal à distance. Le malade expectore avec difficulté d'abondants crachats puriformes ; on perçoit des gargouillements dans presque toute l'étendue du thorax ; battements du cœur faibles et tumultueux (1) ; le pouls est très-petit et fréquent; il existe

(1) Ce symptôme n'avait aucun rapport avec l'état du poumon, mais était produit par la présence de caillots purulents dans les cavités mêmes du cœur, qui était cependant d'un volume normal.

enfin une infiltration légère des extrémités inférieures, *qui présentent quelques taches de purpura* (1) *de diverses grandeurs.*

La mort eut lieu dans la nuit même, et l'autopsie fut faite trente heures après.

Thorax. — Le poumon droit est criblé de cavernes de toutes grandeurs; le poumon gauche, moins désorganisé, est œdémateux et congestionné dans les points qui ne sont point occupés par des tubercules à divers degrés. » (Voy. *Clinique médicale de* 1845 de M. Forget.)

Nous nous rappelons d'avoir donné des soins à un vieillard de 76 ans qui crachait du pus et du sang : les signes fournis par l'auscultation et la percussion venaient confirmer la valeur déjà si grande de ce double symptôme. Cet homme a vécu quatre ans encore, offrant à plusieurs reprises ce même phénomène pathologique. Nous rappellerons l'histoire de la marquise de *** dont nous avons donné l'observation. Mais ces faits isolés n'empêchent pas que la proposition émise il n'y a qu'un instant ne soit généralement vraie. Ainsi, il résulte d'une note fournie par M. le docteur Prus aux auteurs du *Compendium de médecine pratique* que sur 330 malades, morts à Bicêtre depuis le 1er octobre 1832 jusqu'au 1er octobre 1835, 18 seulement ont succombé à la phthisie. « Dans les deux tiers de cas au « moins, dit M. Prus, il y a une infiltration de tubercules mi- « liaires, grisâtres, durs et résistants, au milieu d'un tissu pul- « monaire d'un blanc sale, qui est d'une consistance assez grande « et imperméable à l'air. Les tubercules sont aussi plus limités « que chez l'adulte et n'occupent souvent qu'un seul poumon. « *Il est rare de trouver des tubercules dans les glandes bronchi-* « *ques, dans l'intestin et dans d'autres organes.* »

Malgré ce qui précède, reconnaissons que toutes les recherches sur les maladies des vieillards mènent forcément à cette conclusion, que les tubercules sont, de toutes les affections qui affligent l'espèce humaine, celle que malheureusement on a le plus souvent l'occasion d'observer. Ainsi, MM. Prus (*loc. cit.*), Cruveilher (*Anatomie pathologique*), Beau (*Études cliniques sur les maladies des vieillards*), ont rencontré chez un grand nombre de vieillards *des traces de tubercules.* Le dernier de ces auteurs

(1) Nous donnons dans ce moment des soins à une jeune fille pour une courbure de la colonne vertébrale et un engorgement assez considérable des glandes du cou, et qui nous offre un phénomène pathologique tout semblable, c'est-à-dire de nombreuses taches de purpura, qui sont disséminées sur toute l'étendue des extrémités inférieures. Elle était en outre fort sujette, avant qu'elle n'eût commencé le traitement que nous lui faisons suivre, à de fréquentes hémorrhagies nasales passives, et par conséquent toujours fort difficiles à arrêter.

rapporte « que, sur 160 femmes mortes dans son service à la « Salpêtrière, 157 offraient des cicatrices dans le sommet de « l'un ou de l'autre poumon. » — Il faut conclure de ce qui précède, avec les auteurs qui ont écrit sur la phthisie des vieillards (avec les rédacteurs du *Compendium* auxquels nous empruntons ces lignes, parce qu'elles résument parfaitement nos opinions personnelles), « que la diathèse tuberculeuse tend à se limiter à mesure que l'homme avance en âge, tandis que chez l'enfant et chez l'adulte (l'auteur de ce Mémoire croit devoir ajouter : *chez l'enfant surtout*), le développement des tubercules est sous l'empire de l'organisme, qui tend à disséminer partout ce produit morbide. »

L'influence exercée par la condition du sexe sur la production du tubercule ne saurait être mise en doute, pas plus que le sens dans lequel elle a lieu, et nous ne craignons pas d'établir que : *les affections tuberculeuses sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, à toutes les époques de la vie.* Ce point est cependant assez difficile à établir chez les tout jeunes enfants à cause de l'idendité de constitution. Cependant MM. Guersant, Foville, Barrier, Coignet et de la Berge, soutiennent qu'elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Cette opinion ne se trouve nécessairement point infirmée par les auteurs (MM. Coïndet, Ludwig, Rillet, Barthez, Dance) qui ont écrit que la méningite tuberculeuse sévissait également sur les deux sexes. Cependant nous devons dire, sans nous ranger à leur opinion, que MM. Rillet et Barthez prétendent que de six à quinze, et surtout de six à dix ans, la proportion des garçons est beaucoup plus grande que celle des filles. Ils en disent autant pour la *péritonite tuberculeuse*; qu'ils considèrent comme étant fort rare avant quatre ans, et qui se développe surtout de huit à dix ans.

La question de l'influence des sexes, quant à la tuberculisation pulmonaire, a été mieux approfondie dans ces derniers temps. Bayle l'avait considérée comme nulle, mais les recherches de M. Louis (*ouv. cité*) avaient déjà fait présumer que la tuberculisation pulmonaire se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, présomption que confirment nos observations personnelles que nous n'avons pas le temps de formuler en chiffres, et les relevés statistiques de M. Bonoiston de Châteauneuf, qui a établi que sur 43,010 malades reçus de 1821 à 1836, dans trois grands hôpitaux de Paris, il y en a 1,554 qui ont succombé à la phthisie, dont 754 décès pour 2,655 hommes, et 809 pour 16,955 femmes, ce qui donne la proportion de 1/35e pour les premiers, et de 1/21e pour les secondes. M. Papa-

voine, que nous avons déjà cité, a fait 919 ouvertures de cadavres de sujets âgés de 2 à 15 ans; sur 387 garçons, 210 ou les 2/3 environ avaient des tubercules dans les poumons ; mais sur les 532 petites filles, 308 ou les 3/5e étaient dans le même cas. Les nombreuses statistiques réunies par Clarck, et que nous avons déjà eu l'occasion de citer, viennent confirmer les résultats annoncés par MM. Louis, Papavoine et Benoiston de Châteauneuf. Ainsi, sur 32,371 décès causés par la phthisie pulmonaire, le pathologiste anglais en attribue 17,320 aux femmes, et 15,271 seulement aux hommes. Des résultats aussi catégoriques ne sauraient être infirmés par les recherches trop restreintes de MM. Briquet et Boyd, et par celles, souvent contradictoires, faites à New-York et en Suède.

Causes de la tuberculisation. — La cause la plus fréquente de la tuberculisation est l'*hérédité*, dans quelque organe qu'on la considère ; c'est une opinion assez généralement admise, mais que nous espérons démontrer bientôt par des faits péremptoires. Cependant il existe incontestablement des *tubercules acquis*, et alors il faut bien le reconnaître, rien de plus obscur que leur étiologie. C'est de cette dernière que nous allons nous occuper en premier lieu.

Parmi les causes de tuberculisation acquise, faut-il faire rentrer la contagion ? Pour notre compte nous aurions beaucoup de mal à émettre à ce sujet une opinion. Cependant nous nous rappelons (car nous en avons tenu note) d'avoir donné nos soins, en décembre 1835, à un individu qui succomba dans le mois de juillet suivant, après avoir successivement offert la série de symptômes qui caractérisent les diverses périodes de la tuberculisation pulmonaire, et chez lequel on ne pouvait retrouver d'autre cause qu'une cohabitation longtemps prolongée et *absolue* avec une épouse morte aussi de la même maladie. C'est là un fait isolé sans doute, mais qui n'est pas sans valeur, vu tous les caractères personnels et héréditaires d'une bonne et forte constitution réunis par ce malade. Nous n'afficherons donc pas la prétention de trancher ici la question de la contagionabilité de la phthisie pulmonaire, et nous nous rangerons à l'avis de M. le professeur Andral, en imitant à ce sujet sa sage réserve.

« On a souvent et singulièrement exagéré, dit ce savant « professeur (dans une des notes dont il a enrichi la dernière « édition du *Traité d'auscultation médiate*), la facilité de la con- « tagion de la phthisie pulmonaire. Cependant est-il sage de « la nier absolument et dans tous les cas ? Qui pourrait affirmer, « avec des preuves suffisantes à l'appui de son opinion, qu'*une*

« *maladie qui ne saurait jamais être considérée comme purement* « *locale*, et qui, à mesure qu'elle avance, présente l'image d'une « sorte d'infection de toute l'économie, n'est pas susceptible de « se transmettre, dans le cas où des contacts très-rapprochés « et continuels exposent un individu sain à absorber les miasmes « qui se dégagent de la muqueuse pulmonaire et de la peau des « malades. Tout ce que je puis dire, sans prétendre décider en « dernier ressort une aussi grave question, c'est que, dans le « cours de ma pratique, *j'ai été plus d'une fois frappé de voir* « *des femmes commencer à présenter les premiers symptômes d'une* « *phthisie pulmonaire, peu de temps après que leur mari, dont elles* « *avaient partagé la couche jusqu'au dernier moment, avait succombé à cette maladie.* »

Influence du climat. — Rien de plus controversé que l'influence de climats sur la tuberculisation : « La phthisie pulmo- « naire, dit M. Andral (*loc. cit.*), acquiert son maximum de « fréquence dans les contrées où existent continuellement de « grandes et irrégulières variations de température. » « Et cepen- « dant, dit M. Louis (*ouv. cit.*), aux Iles Ioniennes, où la tem- « pérature subit des variations brusques et considérables, la « phthisie pulmonaire n'est pas plus fréquente qu'à Malte, si « reconnue pour la douceur et l'égalité de son climat. » Nous avons eu l'avantage de rencontrer dernièrement M. le docteur Leblond, qui arrivait de la Guadeloupe, où il avait exercé la médecine pendant ces dix dernières années, et il nous a déclaré que les *affections tuberculeuses*, tant des poumons que des autres organes, et les *maladies scrofuleuses* y étaient excessivement rares. Ainsi, dans cette île, où, comme chacun sait, règne constamment une tempérérature élevée, c'est à peine si, dans cette longue période de temps, malgré une clientelle fort étendue, M. Leblond a rencontré deux cas ou de tubercules ou de scrofules. D'un autre côté, M. Rufz (*Études sur la phth. pulm. à la Martinique*) prétend que la mortalité, causée dans cette île par les tubercules pulmonaires, est égale à celle que fournissent les hôpitaux.

M. le docteur Bricheteau (*Séance de l'Acad. de méd.* du 12 fév. 1839) et M. Fourcault (*Causes gén. de la ph. pul.*—Paris, 1844.) prétendent que la phthisie pulmonaire est rare dans les climats secs, qu'ils soient froids ou chauds, qu'elle est au contraire fréquente dans les climats humides, quelle que soit la température. Les expériences de M. Flourens (*Observ. sur qq. mal des oiseaux*), qui a réussi a faire développer chez de jeunes poulets, en les exposant pendant plusieurs jours de suite à un froid humide, une

maladie qui offrait à l'autopsie des désordres fort analogues à ceux produits par la tuberculisation pulmonaire ; les recherches de M. Rayer, qui a observé que le renne, le singe, le lion et le tigre, deviennent facilement tuberculeux dans nos climats ; ces recherches, disons-nous, donnent une certaine valeur aux opinions de MM. Bricheteau et Fourcault.

Cependant, nous devons faire observer que la claustration doit entrer pour beaucoup dans ces phénomènes de pathogénie. Ainsi, toutes les vaches laitières des nourrisseurs de Paris et de la banlieue qui sont bien nourries dans des étables maintenues à une température constante, mais qui sont fort mal aérées, présentent presque toutes, après leur mort, ou naturelle ou violente, des tubercules dans les poumons. Aussi nous joindrons-nous aux auteurs du *Compendium* pour dire : « Qu'en résumé il faut re-« connaître, avec Clark et M. Louis, que la climatologie ne four-« nit encore aucune donnée positive à l'étude des causes et de la « fréquence de la phthisie pulmonaire. » Il en faut dire autant de l'influence des saisons qui ne nous paraît pas mieux élucidée.

Il résulte de tout ce qui précède que l'étude des faits généraux ne donne pas de résultats bien précis quant à l'influence des climats pour produire la tuberculisation pulmonaire ou pour favoriser son développement. Mais il faut reconnaître que les faits isolés sont souvent favorables à l'opinion de ceux qui admettent cette influence comme prouvée. Pour nous, elle est incontestable dans tous les cas où un individu quitte un climat chaud pour habiter nos contrées. L'observation suivante, viendra à l'appui de cette manière de voir.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE.

Emploi de l'oxygène dans le choléra. — M. Martin Saint-Ange adresse une lettre relative à l'emploi de l'oxygène dans la période algide du choléra, sur lequel M. Smyttère a appelé récemment l'attention de l'Académie. Il a administré, en mars 1832, de l'oxygène à l'état de gaz et de l'oxygène liquide à un grand nombre de cholériques, et cette médication ne lui a pas réussi. Il pense que la différence de ces résultats avec ceux que dit avoir obtenus M. Smyttère tient à ce que l'un d'eux agissait au commencement de l'épidémie et l'autre à la fin.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE.

Nouveau mode de tamponnement des voies génitales dans les cas d'hémorrhagie utérine chez les femmes enceintes. — M. Velpeau lit, en son nom et celui de MM. Flourens et Andral, un rapport sur deux mémoires adressés à l'Académie, l'un par M. le docteur Miquel (d'Amboise), l'autre par M. le docteur Stein (de la Haye), relatifs tous deux à un mode de tamponnement des voies génitales, dans les cas d'hémorrhagie utérine, chez les femmes enceintes. Ces deux auteurs proposent de remédier à l'hémorrhagie utérine résultant de l'implantation du placenta au voisinage du col, au moyen d'une vessie d'animal introduite vide dans les organes, où on la distend ensuite, soit avec un liquide, soit avec de l'air, de manière à en faire un véritable tampon. Voici en quels termes M. le rapporteur décrit ces deux procédés, différents d'ailleurs dans leur moyen d'exécution, mais qui se proposent le même but.

M. Stein s'est proposé d'établir une compression sur la portion de l'utérus qui est libre dans le haut du vagin, et de mettre ainsi obstacle à l'écoulement du sang qui se fait par la face interne du col utérin ou par la face interne du placenta. Pour atteindre ce but, il se sert d'un appareil composé ainsi qu'il suit : Il prend une vessie de chèvre ou de mouton ; il fixe d'abord à l'ouverture de cette vessie un anneau métallique ; une canule également métallique, ouverte aux deux bouts, évasée en entonnoir à l'extrémité inférieure et garnie d'un robinet latéral, est vissée ensuite sur le sommet de la vessie, qu'on introduit vide jusque dans le haut du vagin. On la remplit d'air par insufflation, ou d'un liquide aqueux à l'aide d'une seringue ; après quoi on ferme le robinet, tenu ouvert jusque-là. On a de la sorte un corps renflé du volume qu'on désire, qui remplit exactement le vagin, sans fatiguer autant les organes que les autres espèces de tampons, qui se moule sans efforts sur la forme, les saillies, les creux, sur toutes les inégalités des organes, et la compression se fait d'une manière égale et continue contre la région de l'utérus d'où le sang s'échappe.

En ce qui concerne le mémoire de M. Stein, M. le rapporteur propose de déclarer :

1° Que le moyen hémostatique que ce médecin propose est utile, et qu'il doit être préféré au tamponnement ordinaire dans les cas de perte ou d'hémorrhagie par implantation du placenta sur le col de l'utérus ;

2° Que la vessie indiquée par ce médecin, employée déjà par d'autres, n'avait été conseillée ni sous la même forme, ni dans un but exactement semblable ;

3° Enfin, que ce mémoire, dans son entier, est digne d'estime et de l'approbation de l'Académie.

Le moyen proposé par M. Miquel diffère du précédent, en ce que, au

lieu d'introduire la vessie dans le vagin, c'est dans l'intérieur même de la matrice qu'il la fait pénétrer.

L'appareil de M. Miquel se compose : 1° d'une vessie de cochon ; 2° d'une canule métallique longue de 18 à 20 centimètres ; 3° d'un double ruban pour fixer la vessie sur la canule et pour fermer d'autre part le col de la vessie resté en dehors de la canule ; 4° d'un mandrin à extrémité mousse destiné à soutenir le sommet de la poche animale pendant qu'on l'introduit ; et 5° d'une espèce de bâtonnet sur lequel on fixe à l'extérieur les deux lacs indiqués. Pour l'appliquer, on place la femme comme pour les accouchements artificiels. La vessie est introduite soit au travers du placenta, s'il occupe le centre de l'orifice, soit entre l'œuf et les parois de la matrice, à l'aide d'un spéculum ou d'un doigt conducteur. On retire le mandrin, puis on injecte la quantité de liquide nécessaire pour distendre la vessie. On bouche l'ouverture libre de la canule ; les extrémités des lacs qui fixent la vessie vers le milieu, sur la canule et celui qui en étrangle l'extrémité externe, sont alors fixées sur le bâtonnet, pour empêcher le glissement des lacs. Ces lacs et le bâtonnet qui les supporte agissent de manière à exercer des tractions du haut en bas, à comprimer toute la surface interne du sommet de la matrice mieux que ne pourrait le faire la tête du fœtus.

La méthode de M. Miquel remplit ainsi toutes les indications. Une fois en place, la vessie peut prendre un développement, un volume et une tension plus ou moins considérables, suivant le désir du chirurgien. En tirant dessus par en bas, on est sûr d'exercer une compression qui porte directement, soit à nu, soit par l'intermédiaire du placenta ou des membranes, sur les bouches vasculaires d'où le sang s'échappe. Cette compression, pouvant s'étendre jusqu'au quart ou au tiers de la hauteur de la cavité utérine, dépassera certainement les limites du disque hémorrhagique de la matrice. Enfin, représentant en quelque sorte une seconde tête de fœtus, la vessie une fois distendue ne peut plus rien perdre de son efficacité.

En résumé, dit en terminant le rapporteur, persuadés que ce mode de tamponnement peut rendre de véritables services, et qu'il est par cela même utile de le faire connaître à l'aide d'une grande publicité, nous proposons à l'Académie d'insérer le mémoire de M. Miquel parmi les mémoires des savants étrangers.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Moyen d'évaluer la résistance des brise-pierres. — M. Leroy-d'Étiolles adresse la lettre suivante :

L'un des accidents inhérents à la lithotritie dont l'esprit se préoccupe le plus vivement, c'est la rupture des instruments lithotribes. J'ai eu l'honneur de soumettre l'année dernière, à l'Académie, des brise-pierres

combinés de telle sorte que leur puissance d'action dépasse celle des instruments de même volume et de même dimension, employés jusqu'alors. La gravité des événements politiques a détourné l'attention d'un objet relativement bien peu important ; mais aujourd'hui que le culte des sciences renaît avec le calme, je vais prier la commission de vouloir bien s'en occuper.

La résistance des brise-pierres ne pouvait être jusqu'ici appréciée d'une manière exacte et exprimée avec précision. Pour remplir cette lacune, j'ai fait exécuter un dynamomètre fort simple, assez petit pour être placé dans la poche du gilet, et susceptible pourtant d'indiquer une pression de beaucoup supérieure à celle qu'il est nécessaire d'employer. Désormais les brise-pierres pourront être essayés avec une éprouvette sûre, et leur degré de résistance pourra être exprimé par kilogrammes.

Ainsi, par exemple, le brise-pierre construit d'après mon nouveau mode de jonction, que j'ai l'honneur de placer sous les yeux de l'Académie avec l'éprouvette, supporte, sans qu'il en résulte la moindre déformation, une pression de 40 kilogrammes.

Quant à la résistance au choc, il faut, pour l'apprécier, un autre procédé. Je soumets également à l'examen de l'Académie une espèce de mouton à échappement que j'ai fait construire dans ce but. Ici, le poids est de 5 kilogr., et il tombe d'une hauteur de 20 centimètres. Ce second dynamomètre pourra paraître un peu embarrassant aux chirurgiens ; aussi ce n'est pas pour eux, mais pour les fabricants, que je l'ai fait faire. Un marteau du même poids, tombant d'une hauteur proportionnée au volume de l'instrument, fournira un moyen d'épreuve suffisant. Pour que cette épreuve soit concluante, il faut placer entre les mors du brise-pierre, tout à fait à leur extrémité, un morceau de bois d'un diamètre égal à celui des calculs les plus gros que la lithotritie puisse attaquer.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Sur les cas de mort attribués au chloroforme et sur les dangers de l'inhalation de cet agent. — M. Malgaigne lit, au nom d'une commission composée de MM. Roux, Velpeau, Bégin, J. Cloquet, Amussat, Jobert, Honoré, Poiseuille, Bussy, Renault, Gibert, Guibourg et Malgaigne, un rapport sur les divers cas de mort attribués au chloroforme, et sur les dangers que peut présenter l'inhalation de cet agent.

Une information judiciaire, ordonnée sur le fait de Boulogne, a été, comme on se le rappelle, l'occasion d'une communication officielle émanée du ministre de l'instruction publique, qui demandait à l'Académie

son avis sur ce fait, ainsi que sur les conclusions des documents judiciaires, et l'invitait en même temps à s'occuper de la question générale des inhalations. C'est cette mission que vient remplir aujourd'hui la commission dont M. Malgaigne est l'organe. Ce rapport est divisé en deux parties, l'une consacrée à la question particulière, l'autre à la question générale.

Suivant les experts de Boulogne, Maria Stock (c'est le nom de la victime), n'était point morte d'asphyxie proprement dite, mais très-probablement à la suite d'une syncope produite par la suspension de l'action cérébrale, sous l'influence anesthésique du chloroforme, syncope rendue plus facilement mortelle chez elle par les conditions organiques anormales dans lesquelles se trouvait le cœur, et par l'anémie chlorotique. A cette première cause, les experts ajoutaient la formation spontanée d'un fluide aériforme dans le système veineux.

M. Gorré, adoptant cette double opinion, n'est pas loin d'attribuer la formation de gaz dans les veines au mode d'action encore inexpliqué qu'exercent les éthers sur le sang dans des circonstances données.

De l'examen minutieux de toutes les circonstances du fait, dont nos lecteurs connaissent déjà les détails, et de l'appréciation des diverses opinions émises à ce sujet, M. le rapporteur conclut et propose, au nom de la commission, de répondre à M. le ministre :

1° Que la mort ne saurait être attribuée en aucune façon à l'action toxique du chloroforme ;

2° Qu'il existe dans la science un grand nombre d'exemples tout à fait analogues de morts subites et imprévues, soit à l'occasion d'une opération, soit même en dehors de toute opération, mais surtout en dehors de toute application du chloroforme, sans que les recherches les plus minutieuses permettent toujours d'assigner la cause de la mort ;

3° Que toutefois, dans le cas en question, l'explication la plus probable paraît être l'émanation d'une quantité considérable de fluide gazeux dans le sang.

En conséquence, la question de la nocuité ou de l'innocuité du chloroforme restait entière, et c'est avec d'autres faits que la commission devait la discuter. C'est cette discussion qui fait le sujet de la deuxième partie du rapport, dans laquelle M. le rapporteur a examiné un à un tous les faits de morts attribuées au chloroforme, publiés jusqu'à ce jour, ainsi que les expériences faites sur des animaux. Il résume cette deuxième partie du rapport dans les conclusions suivantes :

1° Le chloroforme est un agent des plus énergiques, qu'on pourrait rapprocher de la classe des poisons, et qui ne doit être manié que par des mains expérimentées.

2° Le chloroforme est sujet à irriter, par son odeur et son contact,

les voies aériennes ; ce qui exige plus de réserve dans son emploi lorsqu'il existe quelque affection du cœur et des poumons.

3° Le chloroforme possède une action toxique propre, que la médecine a tournée à son profit en l'arrêtant à la période d'insensibilité, mais qui, trop longtemps prolongée, peut amener directement la mort.

4° Certains modes d'administration apportent un danger de plus, étranger à l'action du chloroforme lui-même : ainsi on court des risques d'asphyxie, soit quand les vapeurs anesthésiques ne sont pas suffisamment mêlées d'air atmosphérique, soit quand la respiration ne s'exécute pas librement.

5° On se met à l'abri de tous les dangers en observant exactement les précautions suivantes : 1° s'abstenir ou s'arrêter dans tous les cas de contre-indication bien avérée, et vérifier avant tout l'état des organes de la circulation et de la respiration ; 2° prendre soin, durant l'inhalation, que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs de chloroforme et que la respiration s'exécute avec une entière liberté ; 3° suspendre l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue, sauf à y revenir quand la sensibilité se réveille avant la fin de l'opération.

M. le Président propose, avant de passer à la discussion du rapport, d'entendre deux communications sur le même sujet, l'une de M. Sédillot, momentanément à Paris et qui doit incessamment partir, la seconde de M. Gosselin.

M. Sédillot communique les résultats de ses travaux et de ses expériences sur le chloroforme.

Je pense, dit-il, qu'il y a dans les accidents que le chloroforme détermine autre chose qu'une asphyxie pure et simple. En effet, dans l'asphyxie par manque d'air respirable, dès que la cause cesse d'agir, la circulation se rétablit rapidement et les accidents cessent. Or, chez plusieurs animaux rendus insensibles par le chloroforme, après avoir suspendu l'inhalation, j'ai été fort surpris de voir l'action des vapeurs anesthésiques continuer et les animaux succomber. C'est là une différence essentielle entre l'éther et le chloroforme. Jusqu'à présent je n'ai perdu aucun malade par suite des inhalations ; mais plus d'une fois, j'ai eu l'impression terrible de me demander si le patient n'était pas mort. Aussi me suis-je fait une règle, du moment où les phénomènes vont en s'aggravant, d'arrêter les inhalations ; on voit bientôt arriver tout doucement et spontanément l'anesthésie.

M. Gosselin adresse sur le même sujet une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture.

L'auteur se propose, dans cette lettre, de faire connaître les résultats auxquels il est arrivé après une série d'expériences faites en vue de

déterminer les causes de la mort à la suite des inhalations chloroformiques.

Ces expériences, faites sur des chiens et sur des lapins, ont consisté en inhalations et surtout en injections de chloroforme dans les veines et les artères. Elles ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Le mélange du chloroforme avec le sang veineux peut causer la mort subite, en déterminant la *paralysie* instantanée du cœur. Cette paralysie est due au contact du chloroforme avec la surface interne de l'organe.

2° Dans aucune de ces expériences, la mort *subite* n'a été causée par le passage de l'air dans les veines, bien que, dans presque toutes, les poumons soient devenus emphysémateux par places.

3° Le mélange du chloroforme avec le sang peut exercer une action nuisible sur les centres nerveux. La mort *subite* n'est pas habituellement la conséquence de cette action nuisible.

4° La mort peut arriver aussi, mais plus lentement, par une inflammation des voies aériennes ; ce résultat est dû surtout à l'emploi du chloroforme impur.

5° La cessation brusque des contractions du cœur est le phénomène le plus redoutable ; mais elle n'a lieu qu'après le passage d'un à deux grammes de chloroforme dans le sang.

Ces expériences sont donc loin de conduire au rejet absolu du chloroforme ; elles doivent seulement inspirer au chirurgien une grande prudence, lorsqu'il a recours aux inhalations chez des sujets dont les mouvements du cœur sont déjà ralentis par les souffrances, la crainte, l'âge, etc., ou chez ceux qui ont perdu subitement une grande quantité de sang par l'opération qu'ils ont eu à subir.

Rapport sur divers cas de mort attribués au chloroforme, et sur les dangers que peut présenter l'inhalation de cet agent ; par une commission composée de *MM. Roux*, *Velpeau*, *Bégin*, *Jules Cloquet*, *Amussat*, *Jobert*, *Honoré*, *Poiseuille*, *Bussy*, *Renault*, *Gibert*, *Guibourt* et *Malgaigne*, rapporteur. — Dans sa séance du 4 juillet dernier, l'Académie a reçu une communication de M. Gorré (de Boulogne-sur-Mer), l'un de ses membres correspondants, touchant un cas de mort subite et imprévue, arrivée sur une malade qu'il soumettait à l'inhalation du chloroforme ; et dans la séance suivante, M. Robert est venu faire une communication analogue. L'académie, vivement frappée de ces accidents, avait nommé une commission pour lui en rendre compte, et M. Bégin avait été chargé du rapport, l'orsqu'une lettre officielle, émanée de M. le ministre de l'instruction publique, est venue presser l'examen du fait de Boulogne, qui avait donné lieu à une information judiciaire ; et de plus, considérant, ce sont ses termes, « que l'humanité autant

que la justice est intéressée à la solution des doutes qui subsistent encore sur la complète innocuité de chloroforme, » le ministre invitait l'Académie à s'occuper en même temps de la question générale. Dans ces circonstances, la commission déjà nommée a cru devoir s'adjoindre l'ancienne commission de l'éther; d'un autre côté, M. Bégin, absorbé par d'impérieux travaux, a décliné la mission qui lui avait été conférée et qu'il aurait si bien remplie; et c'est ainsi que la tâche difficile de le suppléer est échue à un nouveau rapporteur.

Un mot avant tout pour expliquer la marche que nous avons dû suivre. Si nous n'eussions eu qu'à étudier la nocuité ou l'innocuité du chloroforme au point de vue scientifique, sans doute l'observation de M. Gorré n'aurait pas demandé d'examen spécial; elle serait venue à son rang parmi toutes celles qui déposent ou semblent déposer des dangers de cet agent anesthésique. Mais il n'en est pas tout à fait ainsi. Comme il a été dit tout à l'heure, une information judiciaire a été ordonnée sur le premier fait par le procureur de la république à Boulogne-sur-Mer; le ministre de la justice en a transmis les pièces à son collègue de l'instruction publique, en l'invitant à les soumettre au jugement de l'Académie, à qui un rapport est demandé sur la valeur des conclusions de ces documents. Notre mission à cet égard est donc étroitement limitée; le ministre attend de nous une véritable consultation médico-légale. Ce n'est qu'après avoir satisfait à sa demande que nous pourrons nous occuper de répondre à la question plus large et aussi plus importante qui nous a été posée par le ministre de l'instruction publique. Notre rapport se divisera ainsi naturellement en deux parties, l'une consacrée à la question particulière, l'autre à la question générale.

Première partie. — Examen du fait de Boulogne. — L'Académie connaît déjà les détails de l'observation, tels qu'ils lui ont été communiqués par M. Gorré. M. le ministre nous a transmis trois documents, savoir : 1° un procès-verbal dressé une heure ou une heure et demie après la mort par le juge de paix du canton; 2° le procès-verbal de l'autopsie, par MM. les docteurs Rouxel et Gros; 3° un rapport adressé au procureur de la république, par M. Regnault, professeur de chimie et de physique au collège de Boulogne. Résumons d'abord la relation de M. Gorré.

Mademoiselle Stock, âgée de 30 ans, assez grande, bien constituée, jouissait habituellement d'une bonne santé. Toutefois, il y a quelques mois, elle avait consulté M. Gorré pour des palpitations qui avaient paru se lier à un état chlorotique, et que les ferrugineux avaient modifiées de la manière la plus heureuse. Sa santé, depuis lors, n'avait éprouvé aucune altération.

Quelques semaines avant sa mort, étant tombée hors d'une voiture,

elle avait été blessée à la cuisse par un fragment de bois qui se fraya un passage à travers la peau, sans laisser d'autre trace qu'une très-petite déchirure. Le médecin ordinaire de la malade conseilla une apposition de sangsues ; un abcès se forma, que la malade ne voulut pas laisser ouvrir ; peu de jours après, du pus en assez grande abondance s'échappa par une ouverture spontanée, et la suppuration ne tarissant pas, on appela M. Gorré. M. Gorré jugea nécessaire d'inciser la peau décollée dans toute la hauteur du décollement ; mais la malade désirait être endormie par le chloroforme. M. Gorré revint donc le lendemain 26 mai, muni d'un flacon de chloroforme *d'une dixaine de grammes environ*, provenant de la maison Quesneville. La malade était gaie comme à l'ordinaire, exempte de toute préoccupation ; son médecin ordinaire et une sage-femme assistaient à l'opération. Ici nous laisserons parler M. Gorré.

« Je plaçai sous les narines de la malade un mouchoir sur lequel avaient été jetées quinze à vingt gouttes *au plus* de chloroforme. A peine a-t-elle fait quelques inspirations qu'elle porte la main sur le mouchoir pour l'écarter, et s'écrie d'une voix plaintive : *J'étouffe*. Puis tout aussitôt le visage pâlit, les traits s'altèrent, la respiration s'embarrasse; l'écume vient aux lèvres. A l'instant même (et cela très-certainement moins d'une minute après le début de l'inhalation) le mouchoir aspergé de chloroforme est retiré. Mais persuadé que les accidents ne sont que passagers, et qu'il va suffire, pour que l'effet cesse, d'avoir supprimé la cause, je m'empresse de glisser par la petite plaie fistuleuse qui existe à la cuisse une sonde cannelée, sur laquelle j'incise le décollement jusqu'à ses limites, c'est-à-dire dans une étendue de 6 à 7 centimètres, et je retire du fond de cette plaie un petit fragment de bois mince et pointu.

« Durant le temps infiniment court que prend cette petite opération, mon confrère chercha par tous les moyens à remédier à cette annihilation imminente de la vie. Je me joins à lui, et tous deux nous mettons en œuvre avec activité les mesures les plus propres à conjurer une issue fatale. Frictions sur les tempes, sur la région précordiale ; projection d'eau fraîche sur le visage ; titillation de l'arrière-bouche avec les barbes d'une plume ; insufflation d'air dans les voies aériennes, ammoniaque sous les narines, tout ce qu'il est possible de faire en pareil cas est tenté par mon confrère et par moi pendant deux heures. ».

Tout fut vain : la malade était morte.

Tel est le récit de M. Gorré. Avant de passer à l'autopsie, il convient peut-être de mettre en regard de ce récit les renseignements contenus dans les documents judiciaires qui nous ont été transmis, et de dire avant tout en quoi consistent ces documents.

Voyant la mort à peu près certaine, la sage-femme était allée avertir le

juge de paix du canton, qui se rendit immédiatement sur les lieux, reçut la déclaration des deux médecins et de la sage-femme, apposa son sceau sur le flacon de chloroforme, et dressa du tout un procès-verbal signé par tous les assistants.

Le même jour, le procureur de la république requit les docteurs Rouxel et Gros (de Boulogne), de procéder le lendemain à l'autopsie, et M. Regnault, professeur de chimie et de physique au collége de Boulogne, de recueillir les substances liquides ou solides dont l'examen pourrait éclairer la justice.

Le procès-verbal du juge de paix, le rapport de MM. Rouxel et Gros, et le rapport de M. Regnault, ont été adressés à l'Académie et mis sous les yeux de la commission.

MM. Rouxel et Gros se sont enquis des antécédents de la malade; et leurs renseignements sont exactement semblables aux dires de M. Gorré. Les détails donnés sur l'éthérisation sont un peu plus variables. Le procès verbal du juge de paix porte que « quelques secondes étaient à peine écoulées, que la connaissance fut entièrement suspendue, et le mouchoir fut immédiatement retiré. » MM. Rouxel et Gros disent que la malade « n'a aspiré les vapeurs que pendant une minute. » M. Regnault donne quelques détails de plus. Il résulte de ce qui lui a été dit le lendemain par la sage-femme et le médecin assistant, que M. Gorré avait tenu le mouchoir arrosé de chloroforme un instant devant la bouche et sous le nez de la patiente; que presque aussitôt il aurait observé qu'il ne pouvait pas faire l'opération et tenir en même temps le mouchoir, et il l'aurait passé à la sage-femme. Au moment où cette dernière a pris le mouchoir, la malade s'est étendue sur le lit (elle était d'abord assise), le docteur Gorré a fait l'incision à la cuisse, le mouchoir n'étant plus appliqué. Le tout, disent-ils, a duré au plus une minute, mais le temps n'a pas été mesuré.

D'autres différences se remarquent dans l'évaluation du chloroforme employé. Le juge de paix, avant de sceller le flacon, a constaté, à l'aide d'un double décimètre, que la capacité de la fiole était de 50 millim. (*sic*), et qu'il restait encore 15 millim. de chloroforme. Les sieurs Gorré et Defosse, ajoute-t-il, nous ont déclaré, ainsi que la dame Ducrocq, que le flacon n'était pas entièrement plein avant d'avoir été ouvert, et que 5 millim. tout au plus du liquide avaient été employés à l'opération. M. Regnault, à qui le flacon fut remis pour l'examiner, dit qu'il contenait encore 15 gr. 50 de chloroforme, et que plein il en peut tenir 30 grammes. Ce professeur en conclut que 14 gr. et demi ont été versés sur le mouchoir; mais il n'a pas pris la peine de s'informer si le flacon était plein ou vide; et en admettant les déclarations au juge de paix

des trois uniques témoins de l'accident, la totalité du chloroforme employé aurait été au plus de 5 gr.

Enfin, le procès-verbal du juge de paix relate que le docteur Gorré était arrivé à deux heures, et que, quand le juge de paix arriva, tous les moyens indiqués par M. Gorré avaient été continués pendant plus d'une heure. Le procès-verbal porte, en effet, la date de trois heures et demie. Mais soit que le temps ait paru beaucoup plus long aux acteurs de cette triste scène, soit qu'on ait continué les tentatives après le départ du juge de paix, M. Defosse, le médecin ordinaire de Maria Stock, raconta le lendemain à M. Regnault que le sang avait à peine coulé par l'incision ; que ce ne fut qu'après un bain chaud administré au bout de deux heures, comme dernière ressource, que le sang coula par cette incision; ce qui l'engagea à y appliquer un tampon et un bandage, que M. Regnault y retrouva encore.

Plusieurs de ces détails auraient pu être omis sans doute sans grand dommage, mais attendu le caractère médico-légal de cette partie de notre rapport, nous avons cru essentiel de n'en négliger aucun.

L'autopsie fut faite avec le plus grand soin par MM. Rouxel et Gros, vingt-sept heures après la mort. M. Gorré n'y assistait pas, et sa relation paraît avoir été prise sur le rapport des experts, qu'elle ne suit pas dans tous les points. C'est pourquoi nous reproduisons ici les termes mêmes de la relation originale.

« *Aspect extérieur*. La rigidité complète des membres, les cornées ternes et pulvérulentes, l'abdomen distendu par des gaz, et une odeur cadavérique bien prononcée, annonçant un commencement de putréfaction, nous convainquent de l'extinction réelle de la vie. Le côté droit de la face présente plusieurs larges eschares où la peau est comme parcheminée, lesquelles eschares résultent des frictions ammoniacales faites pour rappeler la vie ; des eschares semblables, et reconnaissant la même origine, existent en haut du sternum. La pâleur de la peau à la face et sur tout le corps est très-grande ; la partie antérieure du cou est gonflée ; sur le côté gauche de cette région, il existe une lividité cadavérique de 2 centim. carrés environ ; il n'y a point d'écume à la bouche ; les lèvres sont pâles. La cuisse droite présente en dedans, vers son quart supérieur et un peu en arrière, une plaie étroite, irrégulière, dans laquelle l'un de nous plongea le doigt à la profondeur d'environ 3 centim. Cette plaie est d'origine traumatique ; des substances étrangères (de la paille) poussées par le corps vulnérant dans le fond de cette plaie ont donné lieu à un abcès dans le voisinage, dont l'ouverture artificielle a été l'occasion de l'application du chloroforme. La plaie résultant de cette opération, longue d'environ 10 centim., se montre un peu plus en avant et en haut ; elle est dirigée à peu près dans le sens de

l'axe du membre ; elle intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans toute leur épaisseur ; elle offre un aspect noirâtre, d'un rouge foncé, sorte de teinture du tissu produite par le sang épanché dans les derniers temps de la vie. M. Defosse nous assure qu'il s'écoula peu de sang de cette plaie. Nous retirons de son fond un brin de paille de 6 centim. de long à peu près.

« *Tête*. L'incision des téguments du crâne ne laisse presque pas couler de sang ; ces tissus sont pour ainsi dire exsangues. Le sinus longitudinal supérieur est vide. Les veines qui rampent à la surface convexe du cerveau contiennent peu de sang et offrent une particularité remarquable. La colonne sanguine est rompue de distance en distance par des bulles gazeuses qui la partagent en tronçons assez longs. A gauche, où ces mêmes veines contiennent moins de sang encore, les bulles sont plus nombreuses. Ces veines, où l'on peut dire qu'il y a plus d'air enfermé que de liquide sanguin, crevées avec une épingle, laissent sortir le gaz et s'affaissent. Il existe de la même manière de l'air dans les veines de la base du cerveau ; nous faisons notamment sortir de nombreuses bulles de la veine ophthalmique, du sinus caverneux, des veines cérébrales inférieures, etc. Les ventricules latéraux contiennent une médiocre quantité de sérosité ; la substance du cerveau est d'une consistance ferme ; sa tranche ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang.

« De la carotide droite incisée nous voyons sortir aussi un peu de sang mêlé d'air. L'air sort en bouillonnant au milieu d'un sang très-noir, très-fluide et abondant, des veines saphène et crurale gauches que nous ouvrons. Ces veines étaient tendues et gonflées avant leur ouverture. Artère crurale entièrement vide.

« *Poitrine*. Les poumons, le gauche surtout, tendent à s'échapper de la cavité thoracique, à mesure qu'on ouvre celle-ci par l'incision des côtes. Le poumon droit, refoulé en haut et d'un volume très-amoindri, est adhérent à la plèvre pariétale par toute sa surface et par des adhérences assez lâches ; il est sain d'ailleurs. La cavité thoracique droite est en grande partie, la moitié inférieure au moins, occupée par le foie, très-volumineux, et auquel le diaphragme, remarquablement distendu, forme une sorte de coiffe.

« Le poumon gauche est volumineux ; tous deux ont une coloration naturelle d'un gris pâle en haut ; mais ils sont visiblement engorgés, livides dans leurs lobes inférieurs et les parties déclives. L'incision de la portion inférieure et postérieure du poumon gauche donne issue à une grande quantité de sang noir très-fluide ; le poumon droit présente ce phénomène à un moindre degré. Ils sont tous deux bien crépitants. Les vésicules pulmonaires sont dilatées par l'air insufflé dans les derniers temps, et comme moyen de ranimer la malade dans la supposition

d'une asphyxie ; mais il n'existe point d'emphysème interlobaire ni sous-pleural, excepté à une petite portion du bord tranchant du poumon gauche. Nous ne trouvons aucune trace de tubercules pulmonaires. Sérosité assez abondante dans les plèvres ; la membrane muqueuse de la trachée et des bronches est d'un rouge foncé. Absence complète d'écume bronchique.

« La cavité du péricarde contient une certaine quantité de sérosité sanguinolente.

« Le cœur est d'une flaccidité remarquable ; son volume est extraordinaire, en le supposant plein. Ses cavités droites et gauches sont complétement vides ; il ne s'y trouve pas le moindre caillot ; du sang spumeux, *ou plutôt une mousse sanguine*, occupe l'orifice auriculaire de la veine cave ascendante. L'artère pulmonaire est examinée seulement dans son tronc qui ne contient point de sang. Les veines pulmonaires, ouvertes près de leur entrée dans l'oreillette gauche, laissent échapper un peu de sang mêlé d'air. La membrane interne du cœur, surtout dans ses cavités droites, est d'un rouge veineux. Les parois du ventricule droit sont amincies ; sa capacité est de beaucoup supérieure à celle du ventricule gauche et paraît dilatée. Le tissu musculaire du cœur est pâle et se déchire facilement ; celui du ventricule aortique est plus pâle.

« *Abdomen.* Le foie très-volumineux, et occupant une partie de l'hypochondre gauche, où il recouvre l'estomac distendu par des gaz, est d'une couleur très-foncée. Il n'y a point de bulles à sa surface ; mais en l'incisant dans tous les sens, l'air s'échappe en bouillonnant de ses vaisseaux avec le sang noir et fluide dont il est engorgé. C'était une sorte de crépitation à grosses bulles d'une nature particulière. Le lobe gauche donne un sang moins noir et des bulles d'air moins nombreuses ; le liquide qui sort de plusieurs de ses vaisseaux est pâle et séreux. A cela près, le sang, partout où nous l'avons examiné, était fluide, d'un noir extraordinaire et contenait un fluide aériforme.

« L'estomac contient beaucoup d'aliments dont la digestion était peu avancée, et une énorme quantité de gaz fétides. La rate est ramollie et gorgée de sang ; on en fait sortir par la pression quelques bulles. Les autres viscères n'offrent rien de remarquable. »

Ajoutons enfin que l'examen du sang, fait par M. Regnault, démontra qu'il n'était point putréfié.

En présence d'un fait aussi extraordinaire, les impressions et les jugements ont dû être très-divers. Pour les personnes peu habituées à manier le chloroforme, une jeune femme pleine de vie et de gaieté, frappée comme par la foudre, en moins d'une minute, sans cause immédiatement appréciable que l'inhalation de cet agent, la conséquence presque irresistible était qu'elle était morte par l'effet du chloroforme ; pour

ceux, au contraire, qui avaient appliqué ou vu appliquer le chloroforme sur des centaines, sur des milliers d'individus, sans aucun accident comparable, la conclusion également forcée était qu'il y avait une autre cause de mort qui se révélerait à l'autopsie. Et l'autopsie paraissant justifier cette prévision, il n'a pas manqué cependant d'esprits prudents, réservés, amis du doute, qui, cherchant la vérité entre les extrêmes, ont fait une sorte de compromis entre les deux opinions, attribuant dans cette mort une certaine part au chloroforme, et une autre part à la présence de l'air dans le système veineux.

C'est en ce sens que se sont prononcés les experts de Boulogne. Suivant eux, « Maria Stock n'est point morte d'asphyxie proprement dite, mais très-probablement à la suite d'une syncope produite par la suspension de l'action cérébrale, sous l'influence anesthésique du chloroforme, syncope rendue plus facilement mortelle chez elle par les conditions organiques anormales dans lesquelles se trouvait le cœur, et par l'anémie chlorotique. » Et à cette première cause ils ajoutent la formation spontanée d'un fluide aériforme dans le système veineux.

M. Gorré adopte cette double opinion ; et il n'est pas loin d'attribuer la formation de gaz, dans les veines, au mode d'action encore inexpliqué qu'exercent les éthers sur le sang, dans des circonstances données.

Dans la discussion sommaire et en quelque sorte préparatoire que la communication de M. Gorré a soulevée dans l'Académie, d'autres opinions se sont fait jour.

Quelques-uns, attribuant la présence de l'air dans les veines à un commencement de putréfaction, inclinaient à ranger cette mort subite parmi celles que déterminent, sans cause appréciable, les plus légères opérations ; l'inhalation du chloroforme n'eût été, dans cette hypothèse, qu'une simple coïncidence.

D'autres, au contraire, admettaient l'introduction de l'air pendant la vie, et l'expliquaient par quelque rupture des veines pulmonaires.

M. Baillarger se demandait si l'écume apparue à la bouche ne serait pas l'indice d'une épilepsie syncopale déterminée par le chloroforme.

Et enfin la qualité, la quantité, le mode d'administration du chloroforme, n'avaient-ils pas eu aussi leur part d'influence sur un aussi triste résultat ?

Toutes ces opinions, tous ces doutes, se sont reproduits dans le sein de votre commission, et ont dû être discutés avec soin.

Les premiers points que nous avons cherché à éclaircir se rapportaient à la qualité, à la quantité, au mode d'administration du chloroforme employé.

Le chloroforme provenait de la maison Quesneville, de Paris ; M. Regnault, qui l'a analysé, l'a trouvé bien purifié.

Quant à la quantité employée, les documents assez contradictoires qui nous avaient été remis nous avaient portés à l'évaluer à 5 grammes. Pour plus de certitude, nous avons fait demander à M. Gorré des renseignements plus exacts. Le pharmacien, chez qui le flacon avait été pris, estime qu'il contenait 20 grammes de chloroforme, et ajoute qu'après l'opération, il n'en restait plus que 12. Ce seraient donc 8 grammes qui auraient été employés ; toutefois nous ne savons comment accorder le dire du pharmacien avec celui de M. Regnault, affirmant qu'après l'opération, le flacon contenait encore 15 grammes 50 de liquide. Après tout, y eût-il eu 8 grammes de versés sur le mouchoir, au lieu de 5, la quantité ne serait nullement extraordinaire, et le chloroforme a été fréquemment employé à dose plus forte sans aucun inconvénient.

Le mode d'administration avait peut-être plus d'importance. On a vu quelques divergences sur ce point entre les divers témoins de cette scène. M. Gorré, consulté de nouveau, a fait réponse que la sage-femme n'a pas un seul instant tenu le mouchoir; qu'il l'a toujours tenu lui-même, et non pas devant la bouche et les narines à la fois, mais devant les narines seulement, avec le soin de laisser libre l'ouverture buccale, sans exercer aucune violence, mais, tout au contraire, ecartant par moments le mouchoir des narines pour l'y présenter de nouveau, de manière à laisser toute liberté à l'acte respiratoire. Il ajoute toutefois un fait nouveau, qu'il dit se rappeler parfaitement : c'est qu'il a renouvelé une seule fois l'aspiration du chloroforme sur le mouchoir.

Touchant la durée de l'inhalation, M. Gorré insiste, dans sa réponse, sur la rapidité avec laquelle les accidents sont survenus. Ils se sont manifestés, selon ses expressions, presque au moment même où le linge était placé sous les narines de la patiente; et, d'accord avec la sage-femme et l'officier de santé qui l'aidaient : pour nous qui avons vu, dit-il, il n'y a qu'un mot qui réponde fidèlement à notre pensée, la mort a été foudroyante.

Cette rapidité de la mort, attestée par tous les documents qui nous sont parvenus, est un fait des plus remarquables. Jamais, dans les expériences sur les animaux vivants, le chloroforme ne les a aussi rapidement frappés. Il faut considérer aussi que le chloroforme agit essentiellement sur le système nerveux, soit qu'il produise immédiatement l'insensibilité, soit qu'il commence par susciter une sorte d'ébriété, de l'agitation, du délire, des convulsions. Ici il ne paraît y avoir eu rien de semblable; après quelques inspirations, la malade garde la plénitude de ses mouvements; elle porte la main au mouchoir pour l'écarter; elle n'a perdu ni la pensée ni la parole; elle jette un cri : J'étouffe ! et elle meurt. Devant le fait ainsi ramené à ses plus clairs éléments, nous n'hé-

sitons pas à le dire, le chloroforme, comme agent toxique, n'a en rien contribué à cette mort.

Nous ne saurions conséquemment admettre que le chloroforme ait déterminé une syncope, comme le veulent les experts de Boulogne, ni une épilepsie syncopale, selon l'hypothèse de M. Baillarger (t. XIII, p. 1156).

Faut-il maintenant considérer la mort comme l'effet d'un choc produit par l'opération, sans autre cause appréciable? Le fait répond à cette autre hypothèse : « Lorsque, dit M. Gorré, frappé de l'aspect qu'offrait la physionomie de la malade, et justement inquiet, fort éloigné toutefois de soupçonner une mort imminente, je retirai le mouchoir pour procéder à l'opération, le mal était fait à coup sûr, il était dès lors irrémédiable ; et moi, acteur et témoin de ce drame saisissant, j'ai la conviction que la malade expirait au moment même où je pratiquais mon incision. »

Mais est-il besoin, après tout, de recourir à de pures hypothèses, et cette mort foudroyante n'a-t-elle donc laissé après elle aucune trace révélatrice de la cause qui l'a déterminée? Supposons que cette jeune fille ait été livrée, sans commémoratifs, au scalpel d'un anatomiste et d'un médecin légiste, est-ce qu'ils auraient été embarrassés pour assigner la cause de la mort? Assurément, si l'on eût trouvé une rupture du cœur, ni l'opération ni le chloroforme n'auraient été accusés de la rupture ; tout au plus en auraient-ils été l'occasion ; est-ce donc que cet énorme développement de gaz dans tout le système veineux n'explique pas suffisamment la mort?

A la vérité, il y a une question préjudicielle à vider ; ce développement de gaz pourrait être un effet purement cadavérique. L'autopsie n'a été faite que vingt-sept heures après la mort ; on était à la fin du mois de mai : le rapport des experts constate que l'abdomen était distendu par des gaz, et qu'une odeur cadavérique bien prononcée annonçait un commencement de putréfaction. Mais on peut répondre que la putréfaction était si peu avancée, qu'il n'y avait de taches vertes ou bleuâtres nulle part ; que le sang, examiné par M. Regnault, n'offrait aucun indice de putréfaction ; et enfin il y a un argument qui nous dispense de tous les autres : l'orifice de la veine cave était occupé par une *mousse sanguine*, preuve irrécusable que l'air y avait pénétré pendant la vie.

Une autre question bien plus grave se présente. Cette accumulation de gaz s'est-elle produite de prime abord, comme cause de tous les accidents qui se sont si rapidement succédé, ou bien serait-elle le résultat des insufflations tentées pour rappeler la vie près de s'éteindre? M. Piorry a rappelé à l'Académie des expériences par lui faites il y a

nombre d'années, dans lesquelles il a vu l'insufflation des poumons, chez les lapins, déterminer parfois la mort, par suite, non d'un emphysème pulmonaire, mais de la pénétration de l'air dans les veines. Les experts de Boulogne ont même nôté ici un emphysème pulmonaire, qu'ils n'ont pss hésité à rapporter à ces insufflations ; et dans les expériences de M, Leroy d'Étiolles sur les animaux, cet emphysème artificiel a quelquefois suffi seul pour amener la mort.

Mais le fait, tel qu'il nous est transmis, ne se prête point à cette supposition. La mort, au dire des témoins, a été foudroyante ; elle avait même devancé l'incision faite à la cuisse, et dans l'ordre des moyens employés, l'insufflation n'est venue qu'assez tard.

Nous nous trouvons ainsi ramenés à cette double conséquence : l'accumulation des gaz dans le système veineux déterminant directement la mort, et cette accumulation ayant précédé tous les accidents qui l'ont suivie avec une rapidité si effrayante.

Il faut le reconnaître toutefois, l'esprit hésite devant ces conclusions, tout inévitables qu'elles paraissent, par la difficulté de se rendre compte de la présence de l'air. Si seulement l'incision eût été faite plus près du cœur, dans une de ces régions que M. Amussat a qualifiées *dangereuses*, la difficulté serait moindre ; au risque de renverser la marche des phénomènes, on trouverait là une explication toute naturelle de l'entrée de l'air, et le fait serait mieux accepté, non qu'il y eût une preuve de plus, mais parce qu'il serait plus explicable. Cette disposition, propre à beaucoup d'esprits, n'est pas assurément la plus philosophique ; elle fait plutôt obstacle qu'elle n'aide à la découverte de la vérite, et il faut un certain effort pour se dérober à son influence. Il est trop vrai d'ailleurs qne l'idée de l'introduction de l'air par l'incision de la cuisse ne mérite pas l'honneur d'être discutée. Tous les faits connus jusqu'à présent sont unanimes pour la repousser, et les expériences de M. Poiseuille tendraient même à la faire regarder comme impossible.

L'air ne venant point de cette origine, il reste ces deux hypothèses : ou bien sa production spontanée dans les vaisseaux, ou son introduction par les veines pulmonaires. Nous ne nous sommes point dissimulé les difficultés théoriques que rencontrent l'une et l'autre opinion ; elles ont été présentées avec rigueur et autorité dans le sein de la commission, et nous n'avons nullement l'intention de les résoudre. Toute la question pour nous se réduit à celle-ci : existe-t-il dans la science des exemples bien constatés de morts subites et imprévues, analogues à celle dont nous recherchons la cause, et après lesquelles l'autopsie ait montré un semblable développement de gaz dans le système circulatoire, sans putréfaction, sans lésion traumatique extérieure capable de leur avoir livré passage ? Car si des faits semblables existent, si la science en

possède déjà un certain nombre, peu importe qu'on les explique ; les faits anciens se rallient légitimement au fait nouveau, l'éclairent de leur lumière, l'appuient de leur autorité.

Or non-seulement il y a de ces observations, mais elles ont été confirmées par des expériences, mais elles se sont présentées dans des circonstances assez variées pour prêter appui aux deux théories, celle de l'introduction de l'air par quelque rupture pulmonaire, et celle du développement spontané.

Un enfant était atteint de la rougeole, mais près d'entrer en convalescence, quand tout d'un coup, sans autre symptôme précurseur, il s'écrie qu'il meurt, et en effet il expire au même instant. Quelques heures après la mort, un emphysème occupait le tissu cellulaire sous-cutané du tronc. A l'autopsie, on ne trouva aucune altération d'organes, pas le moindre signe de putréfaction, et le cœur et les gros vaisseaux étaient distendus par une fluide gazeux.

Ollivier, qui rapporte ce fait, en a observé un autre presque en tout semblable. L'emphysème extérieur semble ici attester un développement de gaz spontané.

Dans un autre cas, une jeune fille de 22 ans, en pleine convalescence d'une fièvre assez légère, s'était couchée de bonne heure ; son amant la presse de se lever pour se mettre à table, et venant à elle, il la voit à genoux sur le lit, la tête penchée sur la poitrine, son jupon déjà passé autour de sa taille. Au moment où il allait lui prendre la main, elle rélève brusquement la tête, et étendant les bras avec une expression de douleur et d'effroi : « Je meurs, vois-tu, lui dit-elle, » et elle était morte. L'autopsie ne montra rien autre chose qu'une accumulation d'écume sanguinolente dans les cavités droites du cœur et dans l'artère pulmonaire. Les poumons étaient sains ; Ollivier conclut encore qu'il y avait eu développement spontané.

Mais, d'un autre côté, l'introduction de l'air par quelque rupture des poumons semble clairement constatée, d'abord par les expériences directes de M. Piorry, puis par d'autres faits observés sur l'homme.

Un nègre, au milieu d'un déjeuner, se met à sonner de la trompette ; tout à coup il tombe en arrière avec quelques frémissements de tout le corps, et meurt immédiatement. Morgagni l'ouvre douze heures après, et trouve toutes les veines de l'encéphale distendues par de l'air.

Il y a plus : M. Piédagnel, en s'appuyant sur un nombre imposant d'observations recueillies sous ses yeux ou par lui-même, est arrivé à cette conséquence que, dans les cas d'emphysème pulmonaire terminé par une mort subite, il y a introduction de l'air dans les veines, et nécessairement par les veines du poumon.

Voilà donc un bon nombre de faits, ayant droit de cité dans la science,

qui ne permettent guère de nier que certaines morts subites reconnaissent pour cause l'immixtion de l'air dans le système circulatoire, sans traumatisme extérieur ; et sans prétendre trancher rigoureusement et sans appel une question si difficile, il nous paraît du moins extrêmement probable que la malade de M. Gorré a succombé à un accident de ce genre. On peut comparer les circonstances de sa courte agonie avec celle de cette jeune fille dont parle Ollivier ; et les chirurgiens qui, parmi les membres de la commission, ont été témoins de l'introduction, cette fois bien avérée, de l'air par une veine ouverte, et de la mort foudroyante qui en est la suite, ont été frappés de la ressemblance des phénomènes dans l'un et l'autre cas.

Est-il possible d'aller plus loin, et d'affirmer l'origine du fluide gazeux trouvé dans les vaisseaux? M. Gorré a supposé que l'action des éthers sur le sang, dans certaines circonstances, déterminerait un développement spontané des gaz ; hypothèse jusqu'à présent toute gratuite. Ne pourrait-on pas, au contraire, alléguer quelque effort fait par la malade durant l'inhalation même, qui expliquerait tout aussi bien que l'insufflation des poumons l'emphysème de ces organes, et peut-être par suite l'introduction de l'air extérieur dans les veines, ainsi que M. Piedagnel dit l'avoir observé nombre de fois ? La même question s'est présentée récemment à la Société de chirurgie. Un malade affecté de tétanos avait succombé quarante-huit heures après avoir été soumis aux inhalations du chloroforme. A l'autopsie, on trouva les poumons emphysémateux, et du sang spumeux en grande quantité dans le ventricule droit et les principales veines. Un autre sujet mourut vingt-quatre heures après une opération pour laquelle on avait fait usage du chloroforme ; M. Giraldès constata également la présence d'un fluide gazeux dans les vaisseaux, et l'expliqua, de même que dans le premier cas, par l'introduction de l'air extérieur. Enfin M. Gosselin, dans des expériences qu'il se proposait de communiquer à l'Académie, et qu'il a bien voulu nous permettre de consulter d'abord, a vu presque constamment l'inhalation anesthésique amener chez les chiens de l'emphysème pulmonaire, dû sans doute aux efforts qu'ils font pour s'y soustraire, et dans un cas où précisément le chien n'avait même pas perdu connaissance, la mort provoquée par la section de la moelle épinière permit de constater la présence de gaz dans le cœur et les gros troncs veineux. Dans les deux faits observés sur l'homme, la mort a été si tardive, que l'inhalation ne peut guère être mise en cause, et les circonstances de l'agonie sont trop incomplétement exposées pour jeter beaucoup de lumière sur l'origine du gaz dans les vaisseaux. L'expérience de M. Gosselin est plus remarquable ; il n'hésite pas à penser, pour son compte, que l'air s'est introduit par les ruptures du poumon, en trop petite quantité seulement

pour déterminer la mort. Il est à regretter qu'une exacte analyse ne lui ait pas démontré la véritable nature du gaz rencontré dans le système vasculaire ; et c'est ce qu'on a toujours négligé de rechercher, soit dans les autopsies de cadavres humains, soit dans les expériences. Mais à raison même de cette lacune, toute conclusion nous paraîtrait prématurée à cet égard.

En résumé, en ce qui concerne le fait de M. Gorré, nous proposons de répondre à M. le ministre :

1° Que la mort ne saurait être attribuée, en aucune façon, à l'action toxique du chloroforme ;

2° Qu'il existe dans la science un grand nombre d'exemples tout à fait analogues de morts subites et imprévues, soit à l'occasion d'une opération, soit même en dehors de toute opération, mais surtout en dehors de toute application du chloroforme, sans que les recherches les plus minutieuses permettent toujours d'assigner la cause de la mort ;

3° Que toutefois, dans le cas en question, l'explication la plus probable paraît être l'immixtion d'une quantité considérable de fluide gazeux dans le sang.

En conséquence, la question de la nocuité et de l'innocuité du chloroforme reste entière, et c'est avec d'autres faits que nous aurons à la discuter.

Deuxième partie. — Des dangers et des accidents attribués à l'emploi du chloroforme. — Lorsque l'éthérisation fut introduite dans la pratique chirurgicale, tout en reconnaissant ses bienfaits, les praticiens qui l'avaient essayée les premiers ne manquèrent pas d'appeler l'attention sur ses périls ; il ne s'agissait encore que de l'éther ; et cependant à voir les effets jusqu'alors inconnus qu'il produisait sur l'économie humaine, ce ravissement soudain de toute conscience et de toute sensibilité, cette suspension foudroyante de la vie de relation tout entière, M. Flourens, en particulier, déclarait qu'il ne fallait manier qu'avec précaution *cet agent merveilleux et terrible.* Les animaux soumis à son action succombaient dès qu'on dépassait de quelques minutes seulement le temps nécessaire pour produire l'anesthésie absolue ; et dans les essais aventureux des chirurgiens américains, l'éthérisation, continuée chez un jeune homme dix minutes après l'insensibilité obtenue, avait failli le rendre insensible à tout jamais. Outre l'action directe et véritablement toxique de l'éther à dose immodérée, d'autres dangers naissaient encore du mode d'application, du degré d'aptitude et de docilité des malades. Quelques-uns, au lieu de respirer la vapeur éthérée, se contentaient de la recevoir dans la bouche, ou même de l'avaler ; et fermant avec opiniâtreté l'entrée des poumons à l'air qui s'en trouvait chargé, travaillaient, si je puis ainsi parler, à s'asphyxier eux-mêmes.

On pouvait prévoir dès lors que, dans des mains imprudentes, des accidents ne tarderaient pas à survenir; et, en effet, bientôt les journaux de médecine racontèrent des cas de mort dus à l'emploi de l'éther. La plupart des faits ainsi publiés ne résistaient pas au contrôle d'une critique sévère; mais d'autres semblaient accuser, dans certaines organisations, une susceptibilité spéciale; et de même que quelques sujets ne peuvent supporter les plus petites doses d'opium, d'autres paraissaient ne pouvoir être soumis, sans un péril imminent, aux plus légères inhalations éthérées. Toutefois, le nombre des faits était encore trop restreint pour en tirer des conclusions légitimes, et personne ne s'était occupé de les réunir et de les examiner à fond, lorsqu'un nouvel agent fut annoncé aux chirurgiens, plus puissant et par là même plus redoutable que l'éther.

Il se passa alors un fait extrêmement remarquable, et bien propre à montrer comment les chirurgiens, enhardis par l'expérience de chaque jour, avaient apprécié les morts attribuées à l'action de ce premier agent. Le chloroforme était incomparablement plus énergique ; ce fut là précisément ce qui le fit triompher. Ainsi, au moment même où quelques imaginations, trop promptes à s'alarmer, présentaient l'éther comme un poison et concluaient presque à en supprimer l'usage, la généralité des chirurgiens, en l'abandonnant pour le chloroforme, témoignaient au contraire qu'il ne possédait pas assez d'action, et qu'il était insuffisant pour les besoins de la pratique.

Sans doute, il ne faudrait pas attribuer à ce fait plus de portée qu'il n'en a réellement; et l'erreur, pour être générale, n'en resterait pas moins une erreur. Toutefois, il faut considérer qu'il ne s'agit pas ici d'un de ces agents qu'on n'emploie que rarement et à de longs intervalles, de telle sorte que les conclusions seraient infirmées par la rareté même des observations ; ni d'un de ces médicaments équivoques, dont l'action lente fait douter si le résultat n'est pas dû à d'autres causes. Le chloroforme est employé journellement dans les hôpitaux et dans la pratique civile ; ou remède ou poison, son action éclate en quelques secondes, ou au plus tard en quelques minutes ; et quand, après l'avoir expérimenté des milliers de fois, les chirurgiens ne se font aucun scrupule d'y recourir encore, il y a là, nous osons le dire, un avertissement qui ne doit pas être dédaigné ; c'est qu'il ne faut pas recevoir trop légèrement les quelques faits isolés qui viennent lutter contre ces milliers de faits contraires; mais qu'il faut les interroger avec une sévérité rigoureuse, pour assurer leur valeur réelle et leur véritable signification.

Et par exemple, avant d'imputer au chloroforme une mort à laquelle il pourrait bien être étranger, ne convient-il pas de rechercher si le

sujet n'était pas sous l'influence d'une autre cause de mort bien reconnue? Car la cause suffisante de la mort ainsi démontrée, l'administration du chloroforme pourrait n'être plus qu'une simple coïncidence; et si l'on jugeait après tout qu'elle a pu concourir au résultat final, il ne faudrait pas encore accuser l'agent lui-même; il y aurait lieu seulement d'établir une contre-indication à son emploi.

Dans les cas plus difficiles de mort subite sans cause autrement appréciable, et pendant les inspirations de choroforme, il convient également, à notre avis, de comparer les phénomènes de l'agonie et les désordres anatomiques à ceux que l'expérience a constatés chez les animaux tués sous l'influence directe de cet agent; et cette vérification faite, chercher encore à séparer ce qui est l'effet réel et incontestable du toxique, et ce qui peut être attribué à son mode d'administration.

Sachons donc avant tout comment arrive, chez les animaux, la mort par le chloroforme.

A peine la première annonce des succès de M. Simpson avait été faite en France, que d'habiles et ingénieux expérimentateurs étudièrent l'action du chloroforme sur les animaux. Mais bien peu poussèrent leurs investigations du côté de l'anatomie pathologique; c'était surtout l'action physiologique qu'on avait en vue, et principalement l'action sur le sang. A cet égard, deux opinions bien différentes se sont fait jour : M. Amussat a soutenu que le chloroforme comme l'éther colore en noir le sang artériel; mais la majeure partie des expérimentateurs ont noté le contraire; et après les expériences répétées de M. Gruby, de MM. Girardin et Verrier, etc., comme après celles de notre collègue M. Renaud sur l'éther, il demeure établi pour nous que le changement du sang rouge en sang noir tient au mode d'administration employé; toutes les fois que la vapeur de chloroforme a été mélangée d'une quantité suffisante d'air atmosphérique, non-seulement le sang rouge ne s'est point coloré en noir, mais le sang veineux est devenu plus rouge qu'à l'ordinaire.

Parmi ces premiers expérimentateurs, M. Gruby est le seul qui ait donné quelques détails sur l'autopsie des animaux sacrifiés.

« Après la mort, dit-il, le tissu du poumon reste *rose clair*, quoique ses grosses veines, ainsi que les veines caves, les veines cérébrales, les veines mésentériques, les veines rénales, le tissu du foie, des reins, les cavités du cœur, soient gorgés d'un sang noir. »

Ainsi, comme on le voit, pas de traces d'asphyxie; et comment opérait M. Gruby? En versant du chloroforme pur sur du papier à filtre, portant ce papier replié au fond d'un bocal de verre, dans lequel il introduisait le museau de l'animal, mais avec cette précaution de laisser entre le museau et les bords du vase un espace libre par lequel l'air pût

affluer ; de telle sorte que l'animal respirait sans aucune gêne, et que la vapeur de chloroforme était abondamment mélangée d'air atmosphérique. Nous avons dit déjà que dans ses expériences M. Gruby n'avait jamais vu noircir le sang artériel ; grâce au procédé mis en usage, il n'y avait donc pas plus d'asphyxie pendant la vie qu'on n'en trouvait de traces après la mort.

M. Sédillot, plus tard, arriva à des résultats différents.

« Un premier chien, dit-il, soumis aux inspiration du chloroforme, éprouve un commencement de résolution musculaire à cinquante secondes ; la résolution est complète à soixante-quinze, et on cesse de faire respirer le chloroforme à une minute et demie. A ce moment, l'animal a des inspirations rapides (quarante-quatre par minute) et très-énergiques ; les parois thoraciques étaient vivement soulevées, le cœur batbait avec force ; mais en une minute la respiration et le pouls s'affaiblirent graduellement et devinrent insensibles. On crut que cette annihilation apparente de sa vie allait se dissiper, comme on l'avait vu dans d'autres expériences ; mais il n'en fut rien : la chaleur s'abaissa, et il ne fut bientôt plus possible de douter de la réalité de la mort.

« Un autre chien, sur lequel on répéta quelques moments plus tard une expérience toute semblable, y succomba également...

« L'examen anatomique nous révéla les lésions ordinairement produites par l'asphyxie. La roideur cadavérique était peu considérable, les méninges et le cerveau injectés, les *poumons congestionnés*, et les gros vaisseaux et le cœur remplis d'un sang noir et caillebotté. »

Par quel procédé M. Sédillot arrivait-il à ces résultats ? Il engageait la tête de ses chiens dans de grands bocaux de verre, supposés contenir assez d'air pour entretenir la respiration pendant quelques minutes. Il versait 4 à 5 grammes de chloroforme dans le bocal qui était placé de champ sur la table ; et la tête du chien, après y avoir été engagée librement, était lâchement entourée d'une serviette.

La simple comparaison de ce procédé avec celui de M. Gruby suffit, ce nous semble, pour expliquer la différence des effets obtenus. Tous les chiens cependant ne succombaient pas dans les expériences de M. Sédillot ; sans rechercher si la serviette n'était pas plus ou moins serrée, il est permis de penser que la résistance à l'asphyxie et même la résistance à l'inhalation du chloroforme varient chez les animaux, comme il est bien certain qu'elles varient, chez l'homme.

Cependant, dès le 10 novembre, une commission avait été nommée, par la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, pour étudir les effets du chloroforme ; elle fit son rapport le 15 décembre. Nous en extrairons les expériences qui ont trait directement à notre sujet.

Un pigeon fut mis dans un vase de verre à large ventre rempli d'air

atmosphérique, et y fut laissé deux minutes sans aucun effet. Après s'être ainsi assuré que le vase contenait assez d'air pour une libre respiration, on y versa 1 gros de chloroforme et l'on y mit un autre pigeon. Il y mourut en 3 minutes et demie.

Un mouchoir arrosé de 90 gouttes de chloroforme fut appliqué sur le museau d'un lapin. Il se débattit d'abord violemment, puis devint insensible en 65 secondes. On versa derechef 1 gros de chloroforme sur le mouchoir ; en 3 minutes et demie, légères convulsions des membres postérieurs ; mort en 4 minutes.

Deux gros de chloroforme sur un mouchoir furent appliqués sur le museau d'un petit chien. Au bout de 100 secondes, insensibilité complète ; après 2 minutes et demie, on remet 1 gros de chloroforme, et après 7 minutes, 1 autre gros. Neuf minutes et demie après le commencement de l'expérience, mort.

Ces trois animaux ouverts 30 heures après, on trouva les cavités droites du cœur distendues par du sang fortement coagulé. Les poumons et les autres organes étaient sains.

Trois autres lapins furent tués par l'inhalation de 2 gros de chloroforme. A l'autopsie, quatre heures après, le côté droit du cœur était distendu d'une manière extraordinaire par un sang noir et fortement coagulé. Les deux poumons offraient une injection intense et une couleur noire.

Ainsi, chez tous ces animeux, le sang s'était trouvé fortement coagulé dans les cavités droites du cœur. D'où venait ce phénomène? Cela est difficile à dire. Mais de plus, chez quelques-unes des victimes, il y avait eu asphyxie, révélée par l'engorgement noir des poumons ; chez les autres, les poumons étaient restés sains. Le mouchoir aurait-il été plus étroitement appliqué chez les uns et moins chez les autres, ou bien certains d'entre eux se seraient-ils révoltés davantage contre l'impression irritante du chlorofome sur la muqueuse des bronches ? Quoi qu'il en soit, il résulte du moins de ces expériences que la mort par le chloroforme ne s'accompagne pas nécessairement d'asphyxie, et que l'asphyxie est, si l'on peut ainsi dire, un phénomène surajouté. Dans quelques expériences rares où l'on a déterminé la mort en injectant du chloroforme dans les veines, on n'a jamais vu survenir d'accidents asphyxiques, et ceux-ci paraissent dus essentiellement au mode d'administration employé.

Qu'il nous soit permis de remarquer ici que l'éther, bien que moins énergique, ne paraît pas se comporter autrement que le chloroforme. M. Amussat a expérimenté les deux agents ; avec tous deux, il a vu l'asphyxie s'annoncer dès les premières inspirations par le changement du sang artériel en sang noir ; c'est qu'il embrasse le museau de ses

chiens avec une bouteille en caoutchouc, dont le goulot s'y adapte exactement. M. Longet, M. Sandras, ont usé d'appareils moins dangereux ; le premier avec l'éther, le second avec le chloroforme, ont constaté que l'insensibilité absolue peut être obtenue sans altération du sang artériel ; c'est seulement au cas où l'on continue l'éthérisation dans les mêmes conditions que l'on arrive à ce qu'on a appelé la période asphyxique. On dirait que la résistance du poumon diminue avec la sensibilité générale, et que la quantité d'air qui lui suffisait au début de l'éthérisation devient insuffisante plus tard. Une très-belle expérience de M. Longet semble mettre ce fait curieux hors de doute ; ainsi il a pu entretenir trois quarts d'heure et plus la période d'insensibilité absolue, sans asphyxie et sans péril pour les animaux, en employant toujours le même appareil, mais en laissant aborder une plus grande proportion d'air. Et dans des appareils plus perfectionnés encore, où la respiration est libre, où l'air se mêle largement à la vapeur d'éther, M. Renaud a pu conduire des chiens à une mort tout à fait exempte d'asphyxie, à un pur empoisonnement par l'agent anesthésique.

Au total donc, chez les animaux, les inspirations de chloroforme suffisent pour amener la mort, lorsqu'on les continue trop longtemps, même en prenant des précautions pour que l'air atmosphérique ne cesse pas d'abreuver suffisamment les poumons : mais alors la mort est loin d'être foudroyante ; il a fallu trois minutes et demie pour la produire sur un pigeon, plus de cinq minutes chez un lapin, plus de neuf minutes sur un petit chien. Avec l'éther, dans les expériences de M. Renaud, un chien ordinaire résistait trois quarts d'heure.

Au contraire, si l'on ne ménage pas suffisamment l'abord de l'air atmosphérique, il suffit d'une minute et demie pour tuer les chiens, ainsi que l'a expérimenté M. Sédillot. Alors les chiens ne périssent même pas instantanément, ni sous l'influence directe du chloroforme ; mais vainement leur fait-on respirer un air pur et libre ; il s'affaiblissent et succombent au bout d'une minute.

Et enfin les inhalations anesthésiques, même avec une suffisante quantité d'air pour les premiers instants, peuvent amener la mort à la longue, si l'on n'augmente pas la proportion d'air, par un asphyxie plus lente que dans le premier cas.

Recherchons maintenant jusqu'à quel point les cas de mort observés sur l'homme se rapprochent ou s'éloignent de ces expérimentations.

M. Sédillot est le premier qui ait cité des cas de mort rapportés à la fâcheuse influence du chloroforme. Dans une communication adressée à l'Académie le 25 janvier, en parlant des accidents que cet agent peut déterminer :

« J'ai remarqué, disait-il, de vives et habituelles réactions du cœur

indiquées par la fréquence et la dureté du pouls ; une prostration prolongée du système encéphalo-rachidien, quelques symptômes d'irritation bronchique, de la diarrhée, et deux cas de mort subite, l'une le onzième, l'autre le vingt-huitième jour, difficile à exprimer autrement que par une modification du sang devenu plus coagulable, comme nous l'avons vérifié à chaque saignée. »

Dans un travail publié un peu plus tard, au lieu de deux morts, l'auteur en cite quatre ; les deux morts nouvelles étaient arrivées au dixième et au vingt-huitième jour. Dans tous ces cas, l'éthérisation n'avait été suivie d'aucun accident notable ; et chez deux de ces sujets, les opérations pratiquées avaient même amené une amélioration marquée dans la santé générale. Les affections qu'ils portaient expliquent suffisammet la mort ; les deux premiers, par exemple, de l'aveu de l'auteur, étaient atteints de lésions incurables. Comment, dans de telles circonstances, en est-il venu cependant à accuser le chloroforme? Cela serait assez difficile à dire, d'autant qu'il n'est pas certain lui-même de son sentiment, et que s'il semble affirmer en quelques endroits, ailleurs, plus réservé, il pose la question en s'abstenant de la résoudre.

Mais les journaux anglais ne tardèrent pas à faire connaître des faits beaucoup plus graves et plus concluants. Le premier en date est celui d'Hannah Greener.

Hannah Greener. — Hannah Greener était une belle jeune fille de quinze ans, affectée depuis quelque temps d'un onyxis du gros orteil gauche. Elle s'adressa au docteur Meggison, qui jugea nécessaire d'enlever à la fois l'ongle et sa matrice. Déjà, auparavant, elle avait subi l'ablation de l'ongle du gros orteil droit ; mais la matrice respectée avait ramené la maladie. Lors de cette première opération, elle avait aspiré la vapeur d'éther, et n'avait éprouvé aucune douleur ; mais durant l'inhalation, elle s'était plainte d'une irritation à la gorge, et elle avait conservé après un mal de tête assez violent. On lui promit qu'avec le chloroforme elle n'avait rien de semblable à redouter.

Malgré cette assurance, l'opération lui faisait peur ; et toute la journée qui précéda, elle parut fort tourmentée, criant continuellement, désirant mourir plutôt que de s'y soumettre. C'est dans cet état que M. Meggison la trouva le vendredi, 28 janvier, à midi. Il essaya de calmer ses appréhensions, mais sans y réussir. Elle se plaça sur la chaise en sanglottant. L'opérateur versa une cuillerée à thé de chloroforme sur un mouchoir, qu'il appliqua devant le nez et la bouche ; elle fit deux inspirations, et puis lui repoussa la main. Il lui commanda de tenir ses mains sur ses genoux, ce qu'elle fit, et elle respira alors paisiblement pendant une demi-minute environ ; alors, la respiration n'étant point stertoreuse, et aucun autre phénomène ne s'étant présenté, M. Meggi-

son essaya de lui soulever la main, et la trouvant roide, il dit à son aide, M. Lloyd, de procéder à l'opération. Celui-ci achevait l'incision semi-circulaire autour de la matrice de l'ongle, quand la jeune fille fit un brusque mouvement comme pour échapper. M. Meggison pensa que le chloroforme n'agissait pas suffisamment, et il en remettait d'autre sur le mouchoir, quand il vit soudainement les lèvres et la face pâlir, et un peu d'écume sortir de la bouche, comme dans une attaque d'épilepsie. Il lui ouvrit les yeux, ils restèrent ouverts ; il lui jeta de l'eau à la figure, il lui administra de l'eau-de-vie, dont elle avala un peu avec difficulté. Il l'étendit sur le plancher, et essaya de lui ouvrir une veine du bras, puis la veine jugulaire ; le sang ne coula pas. En un mot, moins d'une minute après l'apparition des premiers accidents, elle avait cessé de respirer ; elle était morte.

Une enquête fut faite sur cette mort ; et nous avons confronté les comptes rendus un peu différents donnés par la *Lancette anglaise* et le *Médical Times*, pour ne perdre aucun trait de cette scène d'agonie. Depuis le commencement de l'inhalation jusqu'à la mort, il s'était écoulé, d'après une version, moins de trois minutes, et d'après une autre, moins de deux minutes.

L'autopsie fut faite le lendemain, vingt-sept heures après la mort, par sir John Fife, chirurgien, et le docteur Glover. Le corps présentait le degré ordinaire de rigidité.

A l'ouverture de la poitrine, les poumons ne s'affaissèrent point ; ils offraient sur toute leur surface, mais spécialement dans leurs portions inférieures, les caractères de la congestion la plus intense, marbrés de taches d'un pourpre foncé, bleues, écarlates ; et toutefois partout crépitants. Le long de leur bord externe et antérieur, particulièrement au lobe supérieur du poumon gauche, se voyaient plusieurs bulles emphysémateuses d'un petit volume. Le tissu pulmonaire n'offrait aucune trace de tubercules ; il était rempli d'une écume sanguinolente, que l'on rencontra aussi dans l'intérieur des bronches mêlée avec du mucus. Pas d'hépatisation nulle part. La muqueuse du larynx était plus rouge qu'à l'état normal, parsemée d'arborisations vasculaires ; les sinus laryngiens contenaient une notable quantité de mucus noirâtre. Le sommet de l'épiglotte était d'un rouge approchant du vermillon.

L'œsophage était sain ; l'estomac rempli d'aliments. Le foie, les reins, la rate, plus congestionnés qu'à l'état normal.

Le cœur contenait du sang noir liquide dans toutes ses cavités, en très-petite quantité dans les cavités gauches. Il était sain d'ailleurs, ainsi que les gros vaisseaux. Le cerveau offrait aussi un peu plus de congestion que d'ordinaire.

Sir John Fife n'hésite pas à attribuer cette congestion des poumons à

l'action du chloroforme. Il en était cependant partisan déclaré : et dans le rapport même que nous analysons, il déclare qu'il n'en a jamais vu résulter aucun accident, et qu'il serait tout prêt à s'y soumettre lui-même. On ne saurait accuser ici la quantité employée, il en a quelquefois administré huit fois autant. Rien dans l'état antérieur de la malade ne fournissait de prétexte à une contre-indication.

« J'attribue, dit-il enfin, le fatal effet du chloroforme dans ce cas à quelque chose de particulier dans la constitution de la malade. Cela tenait-il à l'état des poumons, ou à une susceptibilité particulière du système nerveux, c'est ce que je ne saurais dire. Elle avait aspiré l'éther peu de mois auparavant sans aucun inconvénient. Je n'hésite pas à affirmer que le même résultat aurait pu arriver ici dans les mains du chirurgien le plus prudent et le plus habile. Il arrive quelquefois qu'un sujet succombe à une opération, quelques minutes après l'avoir subie, sans que rien révèle la cause de la mort, sinon le choc même que l'opération a fait éprouver à l'organisme. Ces cas sont rares. Je pense que des sujets de ce genre pourraient être influencés par le chloroforme de la même manière. La même susceptibilité nerveuse qui ne saurait résister au choc d'une opération ne résisterait pas mieux au chloroforme. Il n'y a ni prévoyance humaine, ni aucun degré de science qui auraient pu avertir le chirurgien à l'avance du danger du chloroforme dans le cas en question. »

Ces réflexions, qui ne manquent pas d'un certain degré de justesse, écartaient bien toute responsabilité du côté de l'opérateur, mais elles ne tendaient à rien moins qu'à faire rejeter l'emploi du chloroforme. Quel chirurgien oserait, en effet, administrer un pareil agent, quand rien ne lui garantit que son malade ne va pas être frappé entre ses mains d'une mort foudroyante ? Et quel malade, averti de cette terrible alternative, voudrait en courir le danger ?

Aussi, M. Simpson crut devoir se porter à la défense de sa découverte ; il prétendit que la mort devait être attribuée, non point au chloroforme, mais aux moyens employés pour rappeler la malade à la vie. Selon lui, elle aurait éprouvé tout simplement une syncope, durant laquelle la déglutition était impossible ; en conséquence, le liquide qu'on avait voulu lui faire avaler aurait rempli le pharynx jusqu'au-dessus de l'ouverture de la glotte ; et de là un obstacle à la respiration qui, dans l'état de faiblesse de la jeune fille, avait suffi pour déterminer la suffocation. Et il faisait remarquer à l'appui que l'autopsie n'avait montré autre chose que les caractères d'une simple asphyxie.

Il lui fut répondu très-vivement ; mais pendant que le débat se poursuivait, un autre cas de mort venait donner à ses adversaires de puissantes armes.

Arthur Walker.— Arthur Walker, apprenti droguiste, agé de 19 ans, s'était fait une déplorable habitude de respirer la vapeur de chloroforme pour se procurer les jouissances de l'ivresse. Le 8 février, on le vit peser une once de chloroforme, puis appliquer son mouchoir sur sa bouche, et il ne tarda pas à être pris d'une certaine excitation. Il n'y avait avec lui qu'un enfant dans le magasin ; et comme on connaissait sa violence toutes les fois qu'en pareil cas on cherchait à lui retirer la bouteille de chloroforme, l'enfant le laissa sans rien dire s'en aller dans une partie retirée de la boutique, où, le corps incliné en avant sur un comptoir et la tête baissée, il semblait respirer le chloroforme dans quelques plis de son tablier qu'il s'était appliqué sur la bouche et les narines. Une personne de la maison entra en ce moment, et le voyant dans cette position, qui paraissait ronfler, lui frappa sur l'épaule en lui disant : Est-ce que vous dormez à cette heure? Walker ne répondant point, l'enfant dit qu'il était retourné à ses inhalations de chloroforme ; sur quoi on se détermina à appeler son père, qui seul en pareil cas avait sur lui quelque puissance. Il resta donc dans le même état pendant vingt minutes environ, et quand son père arriva et essaya de lui relever la tête, il était mort. Le docteur Jamieson, appelé en hâte, essaya de le saigner, tenta même la respiration artificielle à l'aide d'un soufflet introduit par une ouverture à la trachée ; tout fut inutile.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. Il y avait une injection veineuse considérable du cerveau et de ses membranes. Les poumons étaient distendus (*turgid*), adhérents d'ailleurs aux parois de la poitrine dans une grande étendue ; ils étaient gorgés de sang noir, particulièrement en trois endroits, où l'engorgement allait jusqu'à revêtir le caractère de l'apoplexie pulmonaire. Ces trois points étaient : le bord supérieur du lobe inférieur du poumon droit ; le lobe moyen et une petite portion du lobe supérieur du même poumon. Les deux premiers foyers apoplectiques avaient au moins six pouces de long sur un pouce et demi environ de profondeur. Les poumons étaient généralement emphysémateux, et de l'air s'était infiltré dans le tissu cellulaire sous-pleural,

Le cœur était adhérent au péricarde dans une grande étendue. Les cavités droites étaient distendues par un sang noir liquide ; les gauches vides. Les parois du ventricule droit offraient une minceur extraordinaire, et sa cavité était élargie.

Pas de congestion dans les viscères abdominaux. Le sang était partout fluide, d'une ténuité, d'une noirceur extraordinaires, sans odeur spéciale. Cependant à la distillation on en retira quelques gouttes d'un liquide qui offrait quelques-uns des caractères physiques et chimiques du chloroforme.

L'examen fait du liquide laissé dans la bouteille, on estima la quantité de chloroforme employée par ce malheureux à trois ou quatre drachmes. Le docteur Jamieson conclut qu'il avait succombé à une apoplexie, déterminée par l'inhalation du chloroforme, et peut-être favorisée à la fois par la position défavorable où le corps s'était trouvé placé, et par les conditions morbides de la poitrine révélées par l'autopsie. D'après tous les témoignages, la bouche et les narines étaient restées appliquées sur les plis du tablier, appuyant d'ailleurs sur le plan solide du comptoir.

Avant d'aller plus loin, une remarque nous paraît essentielle. Voilà bien deux cas de mort arrivés chez l'homme sous l'influence du chloroforme, et tous deux avec des phénomènes incontestables d'asphyxie. Mais n'êtes-vous pas frappés de l'étonnante analogie qui rapproche ces deux cas de certaines expériences de MM. Longet et Sédillot? Chez les chiens asphyxiés par M. Sédillot, l'insensibilité et l'asphyxie sont produites en une minute et demie; c'est en vain ensuite qu'on laisse les animaux à l'air libre; une autre minute suffit pour éteindre la vie. Chez Hannah Greener, les phénomènes sont les mêmes; même rapidité dans l'asphyxie, même rapidité dans la mort consécutive. Au contraire, Arthur Walker était un consommateur effréné de chloroforme; il était accoutumé à le manier, et ne se serait pas sans doute exposé à s'asphyxier du premier coup. Aussi, bien que la date précise de la mort nous échappe, on peut présumer que, comme les chiens de M. Longet, c'est la continuité de l'inhalation, dans les mêmes conditions à la fin qu'au début, qui a occasionné la mort. Peut-être convient-il de noter que, chez Hannah Greener, les lèvres étaient restées pâles, tandis que Walker les avaient livides. Le reste de la face était pâle che z tousles deux.

Ces deux premiers accidents s'étaient suivis à dix jours d'intervalle; quinze jours après, un malheur du même genre venait effrayer les médecins américains. (*La suite à un prochain numéro.*)

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE. — PEÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Choléra. — M. Lequoy, chirurgien adjoint à l'hôpital de Dunkerque, adresse une observation d'un cas de choléra qu'il a recueilli le 20 du mois dernier. Huit à dix jours avant, M. le docteur Lefebvre lui avait fait voir une petite fille de dix ans, avec des symptômes moins complets, mais qui mourut dans les vingt-quatre heures. Depuis l'époque de sa première observation, il a vu plusieurs malades dont quelques-uns sont morts.

Cependant, ajoute M. Lequoy, l'épidémie est restreinte; c'est dans la même habitation et parmi ceux qui ont soigné les malades qu'elle se déclare. Ainsi dans une maison, 3 malades, 2 morts; une autre, 3 ma-

lades, 1 mort. Sur 4 malades vus par M. Lequoy hors de la ville, 2 avaient soigné des cholériques.

L'encombrement et le défaut de soins hygiéniques lui ont paru être des causes déterminantes. (Même commission.)

— M. Sylvain Eymard, médecin à Grenoble, écrit pour rappeler qu'il a prédit, il y a seize ans, dans plusieurs lettres imprimées adressées à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, que le choléra n'envahirait pas le midi de la France ainsi que le midi de l'Europe ; or, dans un rapport sur le choléra fait recemment par une commission médicale, nommée par le gouvernement, il est dit que, suivant toutes les apparences, le choléra épargnera la France, etc. L'auteur proteste contre le procédé de cette commission qui a, dit-il, donné pour sienne la démonstration d'un événement presque accompli et qu'il avait prévu et annoncé lui-même longtemps avant.

Chloroforme. — M. Amussat : Je regrette d'être obligé de combattre une opinion qui a été émise dans le rapport si remarquable de M. Malgaigne, en ce qui regarde l'explication du phénomène de l'anesthésie par l'éther ou par le chloroforme. Je le regrette d'autant plus, que, si les expériences que j'ai proposé de répéter devant la commission eussent été faites, le désaccord qui existe entre le rapporteur et moi eût, je l'espère, entièrement disparu.

M. Malgaigne dit qu'il demeure établi que la coloration brune ou noirâtre du sang artériel, que j'ai constamment observée dans mes expériences sur les animaux vivants soumis à l'inhalation de l'éther et du chloroforme, provient d'une *asphyxie* produite par les appareils dont je me suis servi, et que d'ailleurs le mot asphyxie, employé pour désigner les effets de l'anesthésie, doit être remplacé par le mot *empoisonnement.*

Et d'abord, que l'on prétende que l'éther et le chloroforme agissent sur l'économie animale comme des poisons, ou que l'on admette, d'après mes idées, qu'ils produisent un commencement d'asphyxie par défaut d'air ne contenant pas une assez grande quantité d'oxygène, ou par leurs propriétés spéciales, toujours est-il que, lorsque l'anesthésie obtenue par l'inhalation de ces agents est *complète*, *absolue*, le sang artériel est devenu brun, quelquefois noir, et qu'il se rapproche ainsi, par sa couleur et son aspect, du sang veineux. Ce n'est donc pas au commencement de l'expérience que ce phénomène arrive, ainsi que M. Malgaigne me le fait dire par erreur.

Ce fait capital, que j'ai observé des centaines de fois, tant sur des animaux vivants que sur l'espèce humaine, ne me paraît pas devoir être l'objet de contestations sérieuses.

Comment se fait-il donc que ma conviction à ce sujet, partagée d'ail-

leurs par plusieurs expérimentateurs, entre autres par MM. Flourens, Longet, Blandin, etc., soit rejetée par d'autres? Cela tient, j'en suis certain, à la manière différente d'expérimenter et d'observer ; car, ainsi que je l'ai dit, « les effets de l'éther et du chloroforme sont si fugaces, ils disparaissent si rapidement, qu'il est indispensable de les observer *pendant l'inhalation.* » Il en est de même, du reste, pour les autres espèces d'asphyxies ; car, d'après les expérience de Bichat, que j'ai répétées dans ces derniers temps, trente secondes au plus suffisent pour que le sang artériel, devenu noir par une cause asphyxiante quelconque, reprenne sa couleur normale, rouge, rutilante. Or, en tenant compte de cette remarque importante, n'est-il pas probable que des objections faites contre mes expériences, contre les faits observés sur l'espèce humaine, ne reconnaissent d'autre cause que celle qui résulte de l'observation du sang un instant après avoir cessé l'inhalation de l'éther ou du chloroforme ?

Mais il me paraît utile de décrire aussi clairement que possible le procédé que j'emploie pour l'inhalation de l'éther ou du chloroforme, non-seulement sur les animaux, mais aussi sur l'espèce humaine ; on verra que je n'asphyxie pas, puisque la respiration conserve toute sa liberté.

Dans ce procédé, je commence par mettre à découvert, avant l'inhalation, les vaisseaux et les nerfs superficiels et profonds de la partie supérieure de la cuisse. On constate facilement ainsi la sensibilité des nerfs, la contraction que leur pincement détermine, et l'on voit que l'artère est rose-rouge, et que la veine est bleu-foncé, presque noire. Je divise ensuite près du genou une petite artère, et à 3 centimètres plus haut une petite veine collatérale pour examiner l'état du sang ; puis après avoir tordu ou placé l'extrémité divisée de ces petits vaisseaux, je commence l'inhalation.

L'appareil dont je fais usage sur les animaux est le même que celui que j'emploie pour l'espèce humaine, avec cette seule différence que l'embouchoir ordinaire, qui ne pourrait que très-difficilement s'adapter au museau des animaux, est remplacé par une bouteille en caoutchouc ouverte à ses deux extrémités, dont l'une est vissée sur l'appareil ordinaire, et dont l'autre, qui forme le goulot, embrasse le nez et la bouche et donne attache à plusieurs cordons, au moyen desquels cet appareil est invariablement fixé. Deux des cordons sont attachés au-dessus de la tête, deux au-dessous. La quantité d'éther ou de chloroforme que l'on doit placer dans l'appareil est assez difficile à déterminer d'une manière rigoureuse.

Lorsque l'appareil fonctionne régulièrement, on voit la soupape s'ouvrir et se fermer alternativement, ce qui démontre que les conditions d'expérimentation sont les mêmes que pour l'espèce humaine.

En observant attentivement, au moment où les animaux affaiblis, endormis, sont devenus complétement insensibles, on ne tarde pas à constater des changements très-remarquables ; l'artère, de rose qu'elle était, devient brune. On peut dire qu'à une époque avancée de l'inhalation il y aurait une ressemblance presque parfaite entre l'artère et la veine, si l'épaisseur de leurs parois était la même.

Mais il ne suffit pas de constater l'aspect des vaisseaux *pendant l'inhalation*, ainsi que l'a fait M. Longet dans ses expériences, il faut aussi observer l'état du sang en ouvrant la petite artère et la petite veine du genou ; on pratique ensuite la torsion de ces vaisseaux. On voit que sous l'influence de l'éther le sang est devenu brun dans les deux vaisseaux ; il est plus fluide, et le jet que fournit l'artère est beaucoup plus faible qu'avant l'inhalation. La couleur du sang des vaisseaux est tellement analogue, que les deux courants se confondent presque entièrement.

Comme l'animal pourrait s'affaiblir beaucoup trop et finir par succomber si l'inhalation était prolongée plus longtemps, on doit la faire cesser en ôtant l'appareil. Bientôt alors en observant les deux vaisseaux, artère et veine, on voit qu'ils reprennent peu à peu leur couleur normale ; le sang qui s'écoule de la petite artère est rouge, mélangé de stries brunes; celui de la petite veine contient des stries noires. Ce qui prouve que le sang artériel et le sang veineux, devenus à peu près semblables par une sorte de paralysie des capillaires déterminée par l'inhalation de l'éther et du chloroforme, ne reprennent pas subitement leur aspect normal dès qu'elle a cessé ; ce n'est donc que graduellement, comme on le voit, qu'après avoir suspendu l'inhalation, le sang veineux reprend sa couleur brun-violet, et le sang artériel sa couleur rose-rouge.

En résumé, soit sur des animaux vivants, soit sur l'espèce humaine, le phénomène de l'anesthésie est le même, il produit toujours un changement dans la coloration du sang artériel ; mais on comprend que ce phénomène, si facile à observer sur les animaux vivants, devient très-difficile à constater sur l'espèce humaine, parce que, dans ce cas, la préoccupation de l'opération absorbe toute l'attention du chirurgien. Cependant j'ai constaté bien des fois que le sang artériel altéré a perdu sa couleur rouge, rutillante, et qu'il se rapproche de la couleur du sang veineux, lorsque les opérés sont restés plus ou moins longtemps sous l'influence de l'éther ou du chloroforme. Je rappellerai, en outre, ce que j'ai déjà dit des effets si fugaces de ces deux agents anesthésiques, pour faire comprendre pourquoi l'état du sang n'a pas été observé aussi souvent sur l'espèce humaine que sur les animaux.

Je rappellerai enfin, pour combattre l'idée émise que j'asphyxie les animaux en les privant de respirer, en même temps que l'éther ou du

chloroforme, de l'air atmosphérique, que l'appareil dont je me sers est le même que celui qu'on emploie pour l'espèce humaine, qu'il donne facilement accès à l'air atmosphérique, et que j'obtiens les mêmes effets, dus *uniquement*, je le répète, à ces agents anesthésiques.

Qu'il me soit permis de dire, en terminant, que je rejette toute expérience qui n'aura pas été faite d'après les principes que je viens d'indiquer, principes qui reposent, non pas sur un appareil quelconque que chacun peut modifier à son gré, mais sur l'observation de l'état du sang, avant, pendant et après l'inhalation de l'éther ou du chloroforme, ainsi que je l'ai indiqué en décrivant le procédé que j'emploie.

Enfin, pour répondre aussi péremptoirement que possible à la principale objection de M. Malgaigne, j'ai fait ce matin même dans le laboratoire de M. Flourens plusieurs expériences avec les appareils dont il s'est servi pour ses belles expériences ; je n'ai fait que constater l'état du sang, et tous les assistants ont vu son altération telle que je l'ai décrite plus haut. Ils ont constaté aussi que le sang veineux était plus rouge qu'à l'ordinaire, parce que les vaisseaux capillaires étant pour ainsi dire paralysés, le sang artériel altéré passait directement dans les veines sans avoir subi aucun changement. Je le répète donc encore, quel que sera l'appareil dont on fera usage, si on fait l'inhalation de l'éther ou du chloroforme d'après mon procédé, on ne conservera aucun doute sur l'altération du sang, qui a été niée par l'honorable rapporteur, M. Malgaigne.

M. Malgaigne : M. Amussat demande que l'on répète ses expériences de la même manière que lui. Ne serait-on pas en droit de lui demander de répéter les expériences des autres avant de consentir à se rendre à son désir. Jusqu'à ce qu'il ait cherché à avoir du sang rouge par les procédés qu'on lui indique, nous ne pouvons admettre le résultat de ses expériences. L'orateur pense que la différence des résultats de M. Amussat tient à la différence des appareils dont il se sert.

M. Amussat : Je me suis servi tour à tour de tous les appareils. Ce matin, en particulier, j'ai fait, en présence de plusieurs membres de cette Académie, des expériences avec ceux de M. Flourens. Ce sont MM. Duméril fils et Philippeaux qui en ont fait l'application : les résultats ont été les mêmes.

M. Blandin : Je regrette que la responsabilité d'un de nos confrère se trouve engagée dans cette discussion, mais la question est tellement grave et d'un intérêt si général, que toute considération personnelle doit être mise de côté. Il y a ici deux choses, un fait particulier et une question générale, je crois qu'il y aurait avantage à discuter la question générale avant le fait particulier ; aussi suivrai-je un ordre inverse à celui qu'a adopté M. le rapporteur.

Quand on réfléchit à l'action si intense des agents anesthésiques, on ne peut se défendre d'un certain sentiment de crainte, et on éprouve le besoin d'en voir régulariser l'emploi. Il y a plus, il est possible qu'en raison de certaines idiosyncrasies, la plus sévère prudence se trouve en défaut.

Frappé, dès les premiers essais d'éthérisation, de tous ces dangers, je n'ai pas craint de prédire qu'il arriverait quelques accidents. Les faits en question viennent malheureusement justifier mes appréhensions. M. Malgaigne, voulant détruire jusqu'à un certain point l'effet produit par ces faits, a dit que c'étaient de ces cas de morts subites, comme on en voit survenir quelquefois dans les grandes opérations. Mais on remarquera que, dans l'un des cas en question, la mort est survenue avant l'opération, ce n'est donc pas l'opération qu'il faut en accuser. Je crois avoir, l'un des premiers, établi par des expériences ce fait : que, sous l'influence du chloroforme, le sang subit une altération particulière. Il est, en effet, beaucoup moins disposé à subir l'action de l'oxygène, et ne redevient pas rutilant aussi facilement. Il n'y a donc pas là simplement asphyxie, il y a altération du sang. Mais le degré d'asphyxie dont nous parlons est-il constant ? Oui, sans nul doute. Il y a défaut d'hématose ; l'action nerveuse ne s'exerçant plus comme à l'état normal, il est évident que le poumon ne peut fonctionner normalement. Il y a et action spéciale du chloroforme, et asphyxie. Maintenant cette action étant connue, il nous sera plus facile d'aborder les faits spéciaux.

Passant à la discussion du fait de M. Robert, M. Blandin dit qu'il pense, comme ce chirurgien, que c'est au chloroforme qu'il faut attribuer la mort, du moins en grande partie. Lors même qu'il y aurait une syncope due à une autre cause qu'au chloroforme, chez ce sujet, et que cet agent n'eût fait qu'aggraver cette syncope, le fait n'en resterait pas moins grave.

Le cas de M. Gorré est à peu près du même genre, avec cette différence qu'ici on n'a, pour toute opération, fait qu'une incision à la cuisse ; la malade n'a subi qu'une minute d'inhalation ; elle a eu une syncope, a perdu connaissance, et tous les efforts ont été impuissants pour la ranimer. Est-il possible, là, de nier l'action mortelle du chloroforme : cela paraît difficile. La malade n'a respiré le chloroforme que pendant une minute ; mais peu importe. J'ai vu souvent, dit M. Blandin, les effets du chloroforme se produire au bout de vingt secondes. Est-il possible de supposer que la malade soit morte de la frayeur de l'opération ? Mais qu'on se rappelle qu'il s'agissait d'une opération très-simple et nullement faite pour inspirer une frayeur. Y aurait-il quelque probabilité d'introduction de l'air dans les veines ? L'air se serait-il introduit dans le tissu cellulaire ? Non ; cela n'est pas possible. D'ailleurs on

l'a constaté dans l'autopsie, il n'y avait aucune trace d'emphysème.

En définitive, il me semble établi maintenant que le chloroforme, ainsi que l'éther, porte son influence sur le sang et sur le système nerveux à la fois. Dans mon opinion, l'Académie doit répondre autrement au ministre que ne le propose M. Malgaigne, et dire : Il semble que, dans ce cas particulier, le chloroforme a eu une grande part dans les accidents mortels ; cependant, comme il peut rester quelques doutes, on ne saurait l'assurer d'une manière positive. D'ailleurs, l'opérateur a pris les précautions recommandées en pareil cas ; il a pratiqué l'inhalation suivant toutes les règles de l'art, et ne peut être rendu responsable de la mort du sujet. En dernière analyse, les inhalations chloroformiques ont besoin d'être régularisées,

M. Malgaigne : M. Blandin, comme M. Sédillot, me reproche, après avoir rapporté plusieurs cas de mort, de chercher ensuite à les atténuer. On ne peut pas se dissimuler que, depuis l'emploi du chloroforme, il y a eu un plus grand nombre de cas de mort subite. Nous avons attribué un certain nombre de morts, en effet, au chloroforme, et nous avons même ajouté que toutes n'ont probablement pas été publiées. Mais ce n'est pas de tous les faits que nous parlons ici ; nous n'examinons que celui de M. Gorré et celui de M. Robert, et nous disons : Nous ne sommes pas complétement certains que la mort soit ici le résultat de l'action du chloroforme ; il faut faire la part de l'opération.

Le malade de M. Robert était plongé dans un morne abattement, il y avait sidération du système nerveux ; le sujet était tellement mal, que M. Robert refusa de l'opérer les deux premiers jours. Enfin, le troisième jour, le voyant perdu sans ressources, il se décide et fait la désarticulation de la cuisse. Une hémorrhagie survient pendant l'opération. Bref, le malade tombe en syncope et meurt deux ou trois heures après. Il nous semble qu'il y en avait là bien assez pour expliquer la mort sans le chloroforme. Nous ne pouvons cependant dire que le chloroforme était étranger à la mort. Suivant nous, l'opéré est mort d'autre chose ; mais nous n'affirmons pas que le chloroforme ne l'ait pas fait mourir une minute ou une seconde plus tôt.

Dans le fait de M. Gorré, la mort a été foudroyante. M. Blandin a vu le chloroforme agir en vingt secondes ; mais cela ne prouve pas que la mort puisse survenir en si peu de temps. Qu'on le remarque bien, il n'y avait ici aucun des effets du chloroforme, peu de délire, pas d'insensibilité, rien qui fût capable de faire pressentir que la malade ressentît l'action du chloroforme, lorsque tout à coup elle s'écrie : *J'étouffe !* et meurt. Cela n'est jamais arrivé ainsi par le chloroforme, mais la mort subite est souvent, en chirurgie, causée par l'introduction de l'air dans les veines. M. Blandin répond qu'ici il n'admet pas cette introduction,

car il ne la comprend pas. Mais est-ce que nous savons toujours comment l'air s'introduit dans les veines ? Il y avait de l'air, chez la malade, dans tout le système vasculaire ; cet air était entré pendant la vie. On a observé tous les phénomènes de cette introduction. Il y a là de quoi expliquer la mort. Pourquoi donc en accuser le chloroforme ? Nous avons été très-réservés dans nos conclusions. Qu'avons-nous dit, en effet ? Rien que ceci : Il n'est pas démontré que le chloroforme ait eu la moindre action.

M. Rochoux se propose de démontrer que la nouvelle découverte qui fait le sujet de cette discussion s'encadre parfaitement parmi les données depuis longtemps acquises à la science et les confirme sans y rien changer.

La masse entière du sang, accomplissant un circuit entier en moins de cinq minutes, et le sang lancé par le ventricule droit, à travers le poumon, arrivant à l'oreillette et au ventricule gauche, dans un intervalle de dix-huit secondes ; la portion de ce liquide chargée de la vapeur du chloroforme, absorbée dans les vésicules pulmonaires, parcourant un trajet moitié moindre pour arriver au cœur, se trouve, en moins d'une demi-minute, déjà rendue au cerveau. Voilà comment les effets si rapides du chloroforme s'expliquent par une action toute locale et directe.

M. Rochoux emprunte un nouvel argument à l'organisation intime du système circulatoire et nerveux, qui permet à l'agent délétère d'être immédiatement mis en contact avec une immense surface absorbante ; disposition telle que tout le système nerveux, ainsi que chaque parcelle, chaque molécule de l'économie vivante, subit, au bout de fort peu de temps, l'action. Dans ce cas, comme dans les cas d'absorption de l'acide hydrocianique, et de certains autres gaz très-toxiques, qui amènent la mort aussi promptement, le gros des accidents tient à une action toute spéciale de la substance noire; tandis que diverses circonstances, auxquelles on a cru devoir attribuer une influence plus ou moins grande, en exercent fort peu, si même elles en ont une quelconque, comme, par exemple, le dégagement de gaz ou cette prétendue asphyxie dont on a complétement fait justice.

Venant ensuite à la proposition par laquelle M. le rapporteur a résumé tout son travail et proclamé l'innocuité du chloroforme dans les cas où on l'accuse d'avoir produit la mort, voici l'objection que lui oppose M. Rochoux.

D' après un relevé fait par M. Louis, les cas de mort subite relevés dans une période de...., s'élèvent au nombre de sept seulement, dont trois tout au plus appartiennent réellement aux morts subites : or ce nombre est extrêmement faible, relativement à la population entière ; et sur le nombre, en comparaison bien petit des sujets soumis à l'action du chlo-

roforme, on compte déjà huit morts. Il faut donc reconnaître que dans le plus grand nombre de ces cas, pour ne pas dire dans tous, la mort a été le résultat d'une intoxication. Ainsi, à leur égard, l'action nuisible du chloroforme ne saurait faire question. Il m'est donc impossible d'admettre l'innocuité d'action du chloroforme à la manière de M. Malgaigne.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

24. *Cas de menstruation substitutive par un ulcère de la mamelle droite;* par M. Baker.

(The Southern of medecine and pharmacy.)

M. Baker fut appelé le 18 février 1846 pour voir mademoiselle H..., âgée de 20 ans, qui souffrait, et avait été traitée pendant longtemps d'une affection du sein qu'on supposait être un cancer. Il la trouva avec tous les signes de l'anémie, incapable de supporter sans fatigue le moindre exercice. Elle n'avait jamais été menstruée régulièrement; depuis six mois il ne paraissait qu'un écoulement glaireux, jaunâtre, qui allait même en diminuant graduellement d'abondance.

En examinant la mamelle droite, M. Baker la trouva plus développée que l'état de la santé générale ne l'aurait pu faire supposer. Les veines superficielles convergeant vers le mamelon étaient plus volumineuses et plus tortueuses que normalement. Le sein, en totalité, avait l'aspect de celui d'une nourrice dont on vient de tirer du lait. Il était plus gros que celui du côté opposé, que l'auteur ne fut pas admis à examiner.

A un quart de pouce en dehors de l'aréole, et précisément au-dessous du mamelon, existait un ulcère à bords un peu élevés, d'un pouce environ de diamètre, recouvert d'une croûte qui, enlevée, laissa suinter quelques gouttes de pus. Indolent, à bords calleux, cet ulcère surmontait une tumeur du volume d'un œuf de poule, occupant la substance de la glande. Un stylet introduit par l'orifice ulcéré put y être enfoncé à deux pouces et quart de profondeur. En un mot, il n'y avait point là d'apparence d'une tumeur de mauvais caractère.

La mère dit au médecin que chaque mois le sein grossissait, que

l'ulcère s'enflammait et qu'il en sortait durant quelques jours une matière purulente ; que, pendant ce temps, la malade souffrait de vertiges, de mal à l'estomac et de douleurs vives dans la partie inférieure de l'abdomen. — L'ulcère s'était manifesté quatre ans auparavant à la suite d'une petite piqûre. Il avait d'abord laissé échapper un peu de sang à intervalles irréguliers ; mais depuis un an, il se couvrait d'une suppuration plus abondante toutes les cinq à six semaines. — La mère dit encore que le coup qui détermina l'ulcère fut reçu à l'âge de 14 à 15 ans, au moment où la menstruation allait s'établir, et que c'était depuis deux ans, depuis qu'une matière abondante s'écoulait de l'ulcère, que les règles s'étaient réduites, comme il a été dit ci-dessus, à une petite quantité de liquide jaunâtre.

L'auteur dirigea différents remèdes contre une hypertrophie du foie, suite de fièvre intermittente, qui compliquait l'altération locale; sous leur influence, la santé parut s'améliorer. Mais l'ulcère restait toujours avec les mêmes caractères, lorsque, le 17 mars, la mamelle prit un autre aspect. L'ulcère devint enflammé et douloureux, les veines cordées et foncées de couleur ; l'ulcère sécréta une matière abondante, sanieuse, jaunâtre, mais sans odeur ; l'injection des vaisseaux dura tant que l'écoulement purulent persista.

M. Baker ordonna des bains de siége chauds et des pédiluves stimulants à l'approche de chaque période menstruelle, ainsi que des frictions sur les reins. Pilules aléotiques et sirop au proto-iodure de fer. — Ce traitement fut soutenu avec persévérance pendant six mois. Peu à peu la santé générale se raffermit, et l'écoulement menstruel par le vagin alla en augmentant.

A ce moment on crut prudent de tenter quelque chose pour la guérison de l'ulcère. Des injections iodées atteignirent ce but au bout de six semaines. A cette époque la santé était complétement rétablie, l'induration de la glande avait disparu, et l'utérus avait repris ses fonctions naturelles.

En lisant attentivement les détails de ce fait singulier, on ne peut se défendre d'un soupçon relativement à la légitimité du titre que l'auteur a cru pouvoir lui donner. Dans les observations de ce genre publiées jusqu'ici, ce n'est point une suppuration plus ou moins jaunâtre qui remplace le flux cataménial, mais bien un écoulement de sang pur. Il n'y a donc ici que les époques où apparaît cet écoulement et sa durée de quelques jours qui manifestent sa lésion avec la fonction menstruelle. A ce point de vue on pourrait, par conséquent, considérer le fait précédent comme offrant simplement l'exemple d'une fistule du sein existant chez une jeune fille dys-

ménorrhéique, et montrant, par l'augmentation observée dans la quantité de sa suppuration aux époques menstruelles, la sympathie qni unit l'utérus aux mamelles.

---

25. *Périthyphlite ; inflammation gangréneuse du diaphragme* ; par le docteur SICHERER.

(Medicinische Correspondenz-Blatt Bayerischer aerzte.)

OBS. — Un jeune apprenti cordonnier, âgé de 17 ans, faible, cachectique, se plaint pendant cinq jours de douleurs abdominales, prend un bain froid et éprouve encore un fort refroidissement en contribuant à éteindre un incendie. Conduit à l'hôpital le 25 octobre, il présente les symptômes d'une péritonite dans le voisinage du cœcum. Le 20, l'auteur voit le malade pour la première fois ; il s'est développé, dans les parois abdominales correspondant à la région du cœcum, un phlegmon qui s'étend jusque sur la cuisse et atteint en peu de jours le mollet. Un autre phlegmon avait envahi le côté droit de la poitrine et le bras droit. Douleurs vives du bras et de la jambe ; quelques points pleurétiques pendant la toux ; augmentation de la fièvre ; gêne de la respiration. Bientôt le malade évite toute inspiration profonde ; il ne trouve de repos que quand il est couché de manière à avoir le haut du corps fléchi en avant et les jambes élevées et fléchies vers l'abdomen. A chaque mouvement respiratoire, il y a contraction involontaire de la lèvre supérieure et de tous les muscles du visage, comme cela arrive quand on suspend longtemps la respiration. Dès que le malade cherchait à respirer naturellement, il éprouvait au côté droit de très-vives douleurs. La fièvre alla toujours en augmentant, et le malade mourut le 5 novembre, ainsi onze jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, pratiquée dix-huit heures après la mort, on trouva le cerveau normal, la dure-mère un peu injectée. Le phlegmon de la poitrine, ayant été ouvert, fit voir une suppuration qui s'étendait de la troisième à la douzième côte, et répandait une odeur fétide. Poumons sains ; cœur petit ; tunique interne du cœur droit d'un rouge sale, de même que la tunique interne des veines. *Destruction gangréneuse complète du côté droit du diaphragme.* La portion tendineuse était terne, verdâtre et facile à perforer avec le doigt ; la partie musculaire livide, brune, flasque. L'insertion du diaphragme aux côtes, dans tout le côté droit, se laisse détacher facilement, et il ne reste aux points d'insertion qu'une gouttière profonde, verte, et dont les bords sont couverts d'un pus jaune et épais. La plèvre costale était aussi colorée en vert, mais

n'offrait aucune trace de produits inflammatoires. Tout le côté gauche du diaphragme était parfaitement sain. Autour du cœcum se voit un énorme foyer de pus ; une couche épaisse recouvre le cœcum, les muscles psoas et iliaque, et se prolonge très-loin sur le colon ascendant. Le travail inflammatoire paraît avoir siégé particulièrement dans le tissu cellulaire lâche qui se trouve entre les muscles en question et le cœcum. L'intestin lui-même n'est pas malade, seulement les tuniques en sont légèrement épaissies ; mais l'appendice cœcal est en partie détruit ; sa moitié inférieure s'est détachée et est tombée au milieu du pus. Malgré ces désordres étendus et profonds, il n'existait dans le reste de l'abdomen aucune trace de péritonite ; seulement le feuillet péritonéal en contact avec le foyer purulent était rouge et ramolli. La suppuration avait envahi le petit bassin, et s'étendait le long de la cuisse et de la jambe jusqu'au muscle gastro-cnémien.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, outre l'immense étendue de l'inflammation du tissu cellulaire, c'est la délimitation de cette phlegmasie, bornée exclusivement au côté droit du corps. Sous le rapport du diagnostic des inflammations du diaphragme, l'auteur fait ressortir la position du malade ramassé en quelque sorte sur lui-même, et la pression qu'il cherche lui-même à exercer à l'aide de la main appliquée contre les fausses côtes, afin de procurer quelque soulagement.

---

26. *Remarques sur la chorée gesticulaire et la chorée électrique* ; par le docteur Hoertel, à Birkenfeld.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

Il y a peu de temps, M. Hœrtel a eu occasion d'observer deux cas de chorée électrique, sur laquelle M. Dubini a le premier appelé l'attention. Cette maladie diffère essentiellement de la danse de Saint-Guy ordinaire, en ce que celle-ci consiste dans un dérangement fonctionnel de la moelle épinière, principalement de la partie motrice, tandis que la chorée électrique est une irritation congestive de la moelle, qui se termine par une apoplexie spinale. Les différentes causes de la danse de Saint-Guy, telles que stimulation du cerveau, irritations, différentes maladies cérébrales, irritation de la muqueuse digestive ou d'autres membranes, affections vermineuses, sentiments érotiques, etc., etc., n'ont rien de commun avec les causes de la chorée électrique. Les deux maladies ont de commun les mouvements automatiques des membres ; mais dans la première, ils sont désordonnés, tandis que, dans cette dernière, ils sont rhythmiques et semblables à des secousses électriques. Les facultés intellectuelles sont con-

servées dans l'une et l'autre maladie ; mais dans la chorée gesticulaire, les malades sont tranquilles au moins pendant le sommeil, et dans les intervalles des accès, ils sont gais et dispos. Dans la chorée électrique, les contractions ou les secousses continuent pendant le sommeil, court, agité et pénible, et dans les intervalles des accès, les malades sont tristes, taciturnes, moroses et disposés au sommeil. La chorée électrique se termine presque toujours par la mort, la danse de Saint-Guy rarement ou jamais.

Obs. I. — Augustine H., âgée de 14 ans, fut effrayée par un cheval qui avait menacé de la mordre. L'auteur, qui fut appelé le soir, la trouva dans l'état suivant : pouls petit et fréquent ; face pâle, exprimant l'inquiétude ; œil droit plus contracté que le gauche ; secousses comme électriques, pénibles, auxieuse, mais non réellement douloureuses, à travers le bras droit, se répétant toutes les dix minutes ; langue nette ; ventre un peu tuméfié ; selle dans la journée ; respiration et température du corps à l'état normal ; facultés intellectuelles intactes. La malade était silencieuse et plus morose qu'à l'ordinaire, gémissait souvent sans en indiquer les motifs. Le médecin diagnostiqua une affection grave de la moelle épinière. En promenant sur elle une éponge trempée dans de l'eau chaude, et en frappent avec un marteau sur chaque épine dorsale, on ne découvrit aucune partie douloureuse. (Saignée ; sinapismes aux extrémités ; purgatifs.)

Les secousses électriques de quelques secondes devinrent plus intenses, plus fréquentes, et s'étendirent à la jambe droite. (Vésicatoire le long de la colonne vertébrale ; calomel à haute dose.)

Le lendemain, mêmes secousses ; état soporeux ; commencement de surdité ; lenteur dans les réponses ; œil droit avec iris contractile manifestement plus petit que le gauche ; pouls irrégulier, tantôt filiforme et petit ; tantôt plein et fort. La malade ne demandait ni à boire ni à manger ; selles presque involontaires. (Sulfate de cuivre à petite dose, croissante jusqu'aux nausées et même aux vomissements.)

Les secousses devinrent de plus en plus fortes et le coma plus profond. Le côté droit était complétement paralysé, et cinquante-six à soixante heures après l'accident, survint la mort.

Autopsie.—Rien d'anormal dans la poitrine et l'abdomen ; ventricules du cerveau contenant un peu de sérosité rougeâtre. En ouvrant le rachis, il s'écoule une forte quantité de sérosité rouge ; les méninges elles-mêmes ne parurent pas malades. La moelle épinière était très-rouge à plusieurs endroits, surtout vers les

côtes et les corps des vertèbres, tandis qu'en arrière, vers les arcades et les apophyses épineuses, sa couleur était plus normale.

Obs. II. — Une fille de 11 ans, trés-intelligente, effrayée par un chien qui la renversa, fut atteinte immédiatement de convulsions dans les membres avec écume dans la bouche. (Lavement ; fomentations froides et repos au lit.)

Les convulsions cessèrent, et à leur place restèrent dans l'épaule gauche des secousses comme électriques d'une à deux minutes, se répétant toutes les quinze à vingt minutes ; face rouge ; sentiment de chaleur avec température de la peau normale ; facultés intellectuelles et sensations intactes ; pouls et respiration à l'état normal ; langue nette; digestion et selles naturelles. L'enfant, sans se plaindre, était tranquille et jetait de temps en temps des cris involontaires. Les secousses rhythmiques devinrent de plus en plus fortes et fréquentes et s'étendirent à la jambe gauche, et il survint un état paralytique de ce côté ; les secousses continuèrent. L'enfant tomba dans un état soporeux, dans lequel elle mourut bientôt. L'autopsie ne fut pas accordée.

Ces deux cas, surtout le premier, prouvent que cette maladie est une congestion inflammatoire de la moelle épinière, et principalement de la partie antérieure, qui a beaucoup d'analogie avec ce qu'on trouve quelquefois chez les individus morts de tétanos. Il serait plus convenable, d'après M. Hœrtel, de la nommer *myclitis convulsoria.*

---

27. *De l'atélectasie des poumons ;* par le docteur Friedleben.

(Archiv. fur physiologische Heilkunde.)

L'auteur s'attache à démontrer, dans ce travail, d'après des observations particulières, que l'atélectasie (état fœtal des poumons) est toujours un état secondaire produit par un obstacle à l'établissement complet de la respiration, obstacle qui est lui-même le résultat de modifications pathologiques diverses survenues dans l'organisme. Il fait voir que l'atélectasie n'affecte pas seulement les nouveau-nés et les nourrissons, mais qu'on l'observe encore dans l'enfance.

Les caractères anatomiques de cette affection consistent surtout dans la coloration brune des parties qui n'ont pas respiré, coloration qui tranche avec la couleur rouge de celles qui ont reçu l'air atmosphérique. Les parties brunes sont dures, sans élasticité, sans crépitation ; elles ne contiennent pas d'air et tombent au fond de l'eau. Ces portions de poumons qui sont restées à l'état fœtal peuvent être insufflées en totalité, et alors elles offrent tout à fait l'aspect des parties qui ont respiré. Cette pro-

priété essentielle qui distingue l'atélectasie de l'hépatisation persiste pendant plusieurs semaines, et non pas seulement quelques heures ou quelques jours, ainsi qu'on l'a dit. Parmi les autres altérations, il faut citer la présence d'une quantité anormale de mucosités dans les bronches, la persistance du trou de Botal, la présence de sang coagulé et quelquefois de caillots fibrineux dans les cavités du cœur, l'engorgement et la friabilité du foie et de la rate, l'injection des vaisseaux sanguins du cerveau, et, dans certains cas, de véritables épanchements apoplectiques. Quand la vie a duré quelque temps (deux à trois semaines), on trouve souvent dans le tube intestinal les lésions de l'entérite folliculeuse.

Le diagnostic de cette affection sera facile à établir si l'on joint aux signes commémoratifs les signes physiques fournis par la percussion et par l'auscultation (matité, absence de bruit respiratoire, ou souffle bronchique, ou râle muqueux à grosses bulles). Quand la maladie dure plusieurs jours, la cyanose ne tarde pas à se déclarer, moins à cause de l'ouverture du trou de Botal que par suite d'une hématose incomplète. L'auteur relate toutes les circonstances susceptibles de modifier la marche et la terminaison de la maladie ; cette dernière n'a pas lieu toujours par la guérison ou par la mort ; il arrive quelquefois que l'affection persiste pendant la première enfance ; c'est cette atélectasie dont l'auteur traite dans la deuxième partie de son Mémoire. Ordinairement c'est l'existence de la bronchite fœtale qui détermine cette persistance de l'atélectasie, en empêchant l'air de pénétrer jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. Les lésions anatomiques font voir une différence plus tranchée entre les parties saines et les parties malades du poumon ; ces dernières sont comme atrophiées et d'une couleur violette sale, assez semblable à la substance corticale du rein ; la plèvre qui recouvre ces portions malades est plus épaisse ; l'insufflation se fait difficilement ; l'auteur n'est même pas parvenu à l'opérer complétement. Relativement à l'étendue des lésions, il a vu plusieurs fois le lobe moyen du poumon droit affecté dans sa totalité, outre de nombreux points disséminés dans les deux poumons, et cependant la vie se soutenir assez longtemps. Pour mieux faire ressortir les caractères anatomiques, l'auteur décrit d'autres altérations du tissu pulmonaire qui ont, non pas de la ressemblance, mais quelque analogie avec l'état fœtal : la stase, l'hépatisation, la splénisation, l'induration et la carnification. Les lésions qu'on peut regarder comme consécutives sont l'hypertrophie excentrique du cœur droit ; la dilatation du trou ovale, sans cyanose pendant la

vie ; un épanchement séreux dans le péricarde ; l'œdème des poumons, du cerveau, des pieds, des mains et de la face. L'inflammation aiguë des glandes de Peyer doit être regardée comme étrangère à l'atélectasie, de même que les tubercules de la rate, du poumon ou des glandes bronchiques.

Les longs détails dans lesquels entre l'auteur au sujet de l'anatomie pathologique de l'atélectasie ont pour but de montrer que cette affection est essentiellement différente de la pneumonie des nouveau-nés, et que tout ce que la plupart des auteurs français disent de la carnification s'applique à l'atélectasie.

Les observations propres à l'auteur ne sont pas assez nombreuses pour qu'il ait pu donner un tableau complet de la maladie. Les enfants qu'il a traités avaient de 6 mois à 5 ans. Dans tous les cas, il existait, dès la naissance, un catarrhe bronchique plus ou moins intense, en rapport avec l'extension de l'atélectasie. Toujours ce catarrhe avait été méconnu et n'avait été traité qu'au bout de quelques mois. Les symptômes étaient peu développés immédiatement après la naissance ; les mouvements, les cris, la respiration, n'avaient rien d'anormal ; seulement il y avait de la toux ; la lactation se faisait avec facilité. Peu à peu on remarquait une diminution dans la nutrition, à partir d'une certaine époque avant laquelle les enfants étaient bien venus. Cette époque coïncidait avec l'apparition d'une maladie qui venait compliquer l'affection des poumons (entérite folliculeuse, tuberculose, rachitis). La percussion donnait toujours un son mat ; l'auscultation fit entendre, dans un cas, un souffle bronchique très-distinct ; dans les autres cas, ce signe ne fut pas aussi clairement perçu ; toujours on entendait les râles propres au catarrhe. Toux humide, quelquefois très-violente et venant par accès irréguliers qui duraient une demi-heure ou trois quarts d'heure, comme les accès de la coqueluche. Un émétique faisait disparaître facilement ces accès, mais la toux persistait malgré tous les traitements. A ces symptômes se joignaient ceux des maladies concomitantes : entérite folliculeuse, rachitis, pneumonie, hydrocéphale, hypertrophie excentrique du cœur, œdème des poumons, de la face et des pieds.

L'auteur croit pouvoir distinguer trois formes de la maladie ; voici la marche de chacune d'elles :

Dans la première, l'enfant, de suite après sa naissance, fait entendre des râles muqueux, il tousse plus ou moins, il tette et digère bien ; plus tard, il survient des accès de toux, avec menace de suffocation, coloration bleuâtre de la face, respiration courte et accélérée ; les accès se terminent par des vomissements abon-

dants de matières muqueuses; pas de fièvre; appétit, selles, sommeil comme à l'état de santé; après chaque accès, retour de la gaieté. La percussion donne un son mat sur un ou plusieurs points du thorax; l'auscultation pratiquée dans ces endroits fait entendre un souffle bronchique; dans les autres parties du poumon, on perçoit des râles à grosses bulles, des râles sibilants ou une respiration vésiculaire très-développée. Peu à peu le cœur commence à battre d'une manière irrégulière; tantôt le choc devient plus faible (dilatation simple); d'autres fois, au contraire, il devient plus énergique et se fait sentir dans une grande étendue du thorax (hypertrophie excentrique). A ces symptômes se joignent les signes d'un trouble dans la circulation : coloration en bleu des doigts et du pourtour des lèvres, bouffissure et lividité du visage, respiration difficile et accélérée. Les accès de toux deviennent plus rapprochés, plus longs et plus intenses. A l'œdème de la face se joint celui des pieds et des mains, ainsi que les signes physiques de l'œdème du poumon, et la mort arrive avec les signes d'un épanchement séreux dans le cerveau. Cette forme, que l'auteur regarde comme représentant la maladie dans toute sa pureté, est par elle-même exempte de fièvre; mais il survient souvent une diarrhée intense qui amène la fièvre et l'amaigrissement.

La seconde forme est caractérisée par des symptômes moins violents. La toux est moins intense, les accès moins forts, les signes physiques sont les mêmes. Puis tout à coup il se déclare de la fièvre, de la dyspnée, une toux alternativement sèche et humide; le nez est sec, la langue chargée; il y a absence d'appétit, constipation, sommeil inquiet ou insomnie avec tendance au délire et à la somnolence. L'exploration du thorax annonce qu'une pneumonie s'est déclarée. Dans un cas de cette nature, rapporté en détail par l'auteur, la pneumonie se termina par induration : l'enfant maigrit et mourut avec les signes de l'hydrocéphale. — Cette forme paraît marcher plus rapidement que la précédente.

La troisième forme est la plus rapide. Les enfants, dès leur naissance, n'ont qu'une petite toux qu'on attribue ordinairement à un refroidissement. La fièvre éclate subitement, il survient de la diarrhée, de l'amaigrissement, de l'inappétence, de l'insomnie; il y a douleur de l'abdomen à la pression, tendance au météorisme, en un mot, on voit apparaître tous les symptômes de l'entérite folliculeuse. La toux augmente et les enfants meurent épuisés. On est surpris, à l'autopsie, de trouver les signes de l'atélectasie, accompagnée le plus souvent d'un œdème partiel

du poumon. Les enfants chez lesquels cette forme se déclare meurent déjà vers le sixième mois.

L'auteur fait ressortir la difficulté du diagnostic, et entre autres la presque impossibilité de distinguer, pendant la vie, l'atélectasie de la tuberculose ou de la pneumonie. Le pronostic lui paraît toujours grave, car tous les cas qu'il a observés ont été mortels. Il n'y a rien à dire au sujet du traitement, précisément à cause de l'incertitude du diagnostic.

---

28. *De l'action des métaux* ; par le docteur **Griesinger**.

(Archiv. für physiologische Heilkunde.)

Nos connaissances relatives à l'action des médicaments sont encore très-peu avancées, ce qui tient surtout à la marche défectueuse que l'on a suivie. Pendant longtemps, en effet, on s'en est tenu à l'observation des symptômes, procédant ainsi à l'égard de la matière médicale comme avec la pathologie. Or il est évident qu'il faut étudier d'abord les changements anatomiques déterminés par les médicaments, puis la manière suivant laquelle des changements s'opèrent en ayant pour cela recours à la chimie. Il devient alors possible de rapprocher les symptômes observés des altérations anatomiques et des faits chimiques, et de tirer de cet ensemble des conséquence sur l'action particulière des substances employées. C'est là le but de la matière médicale rationnelle ; mais il reste encore un autre sujet d'études, non moins difficile : c'est l'application des médicaments à des cas morbides déterminés ; ici il faut recourir à la physiologie, à l'expérience, à la statistique.

Tels sont les principes qui ont dirigé l'auteur dans ses recherches sur l'action de plusieurs métaux. Son mémoire est une analyse raisonnée des travaux publiés sur cette matière, accompagnée d'un grand nombre de réflexions judicieuses et pratiques et de quelques observations particulières. En traitant des préparations mercurielles, il fait ressortir les différences que présentent, dans leur manière d'agir, le calomel et le sublimé. L'action du premier est plus douce, parce qu'il n'y a jamais qu'une petite portion de calomel qui soit changée en sublimé, parce que la quantité de chlorures alcalins que renferme le tube digestif est peu considérable, et enfin parce que le changement de calomel en sublimé se fait lentement et successivement dans toute la longueur du tube digestif. L'action purgative de fortes doses de calomel provient de ce que sa transformation en sublimé se continue jusque dans le gros intestin. A très-petite dose, le calomel exerce une action mercurielle, parce que la dose entière

est changée en une préparation soluble facilement absorbable.

Nous croyons que l'auteur a raison d'appeler l'attention des médecins sur les effets variables du calomel suivant la présence plus ou moins grande de chlorures dans le tube digestif. Il serait facile d'instituer des expériences dans les cliniques des vénériens en donnant aux malades des aliments plus ou moins salés, et en notant exactement les effets produits.

Relativement à l'administration du sublimé, l'auteur conseille beaucoup de le donner, comme l'indique M. Mialhe, sous forme d'albuminate. (Un blanc d'œuf est battu dans 500 grammes d'eau distillée ; après avoir filtré le liquide, on fait dissoudre 1 gramme de sel de cuisine, 1 gramme de sel ammoniac et 30 centigrammes de sublimé; puis on filtre de nouveau. Une cuillerée de ce mélange contient 1 centigramme (environ un sixième de grain) de sublimé.

Les chlorures alcalins du tube digestif, en présence de préparations métalliques, ne servent pas seulement à la solution d'un grand nombre d'albuminates, mais aussi à la dissolution de plusieurs métaux, tels que l'antimoine, le zinc, l'arsenic métallique ; ils paraissent aussi jouer un rôle important dans l'action locale des antimoniaux, surtout du tartre stibié, ce qui permet d'expliquer ce qu'on a désigné si vaguement sous le nom de tolérance; car alors c'est à cause de l'absence des chlorures que les effets qui s'étaient d'abord produits n'ont plus lieu.

Dans l'examen des lésions anatomiques, l'auteur fait ressortir les caractères particuliers qu'elles présentent, et montre combien est vague le mot inflammation, qu'on emploie ordinairement pour les désigner. Les hypérémies de l'intestin, par exemple, paraissent le plus souvent dues à la coagulation du sang dans les veines déterminée par le sel métallique.

Il croit que l'absence de salivation mercurielle chez les enfants est due à la très-petite quantité d'hydrochlorate que renferment leurs liquides.

L'auteur traite ensuite de l'action des métaux en dehors du tube alimentaire. Ils ne séjournent que très-peu de temps dans le sang, et de nouvelles recherches chimiques sont nécessaires pour déterminer sous quel état ils s'y rencontrent. Quant à leur action sur les organes éloignés de leur lieu d'application, il est à remarquer que tous ne suivent pas la même voie pour sortir du corps : pour les uns, ce sont les reins, pour les autres la sécrétion cutanée ou pulmonaire, ou bien le foie. Cette étude est importante, parce qu'elle explique les maladies de plusieurs organes par les préparations métalliques ; elle enseigne, dans les

cas d'empoisonnement, quelles sécrétions il convient d'augmenter pour hâter l'élimination du poison, et enfin elle éclaire le mécanisme de plusieurs empoisonnements.

L'auteur étudie ensuite l'action des métaux sur le cœur, sur les poumons et sur le travail respiratoire, sur la peau et sur le système nerveux ; puis il termine par quelques mots sur la durée de leur action. Ses recherches relatives à l'influence que les poisons métalliques exercent sur le cœur lui ont fait voir que plusieurs d'entre eux, l'or et le mercure par exemple, ralentissent les mouvements de cet organe tout aussi bien que l'antimoine. Il n'a jamais observé de vraie pneumonie à la suite de l'injection de diverses substances métalliques dans les veines, mais des engorgements hémoptoïques de l'œdème, de la plénification.

---

29. *L'éthérisation comme moyen thérapeutique dans les fièvres intermittentes* ; par le docteur Spengler, à Eltville.

(Neue medicinische chirurgische Zeitung.)

Obs. I. — Un homme d'environ 20 ans fut guéri, il y a deux ans, d'une fièvre intermittente par le sulfate de quinine. Le 31 mars 1847, il eut un accès de fièvre caractérisé par des frissons suivis de chaleur et de sueurs depuis sept heures jusqu'à onze heures du matin. Les 2 et 4 avril, nouvel accès, rate dépassant sensiblement les fausses côtes. Le 5, à deux heures de l'après-dînée, éthérisation suivie d'insensibilité complète au bout de cinq minutes. A sept heures du soir, nouvelle éthérisation. Le 6, accès de fièvre bien moins fort que les jours précédents. Le 8, pas d'accès ; rate considérablement diminuée, pourtant encore appréciable à la percussion. Nouvelle éthérisation à six heures. Guérison complète sans aucun autre médicament.

Obs. II.—Un homme était affecté d'une ophthalmie intermittente très-douloureuse. L'accès venait à six heures du matin et durait sept heures ; il était suivi d'une rémission complète et d'un sédiment briqueté. Dans la soirée qui suivit le troisième accès, on éthérisa le malade jusqu'à insensibilité complète. Le lendemain matin, les prodromes de l'accès reparurent à l'heure ordinaire, et aussitôt on soumit le malade à une seconde éthérisation, ce qui n'empêcha pas l'accès d'être aussi fort que les jours précédents. Troisième éthérisation le lendemain matin entre quatre et cinq heures. Cet accès fut très-fort ; celui du lendemain parut deux heures plus tard, ne dura que quatre heures et était bien moins fort. Les jours suivants, les accès diminuèrent encore, et disparurent complétement le sixième jour après la première éthérisation.

Obs. III. — Un homme de 26 ans, affecté d'une fièvre intermittente tierce très-violente avec hypertrophie très-prononcée de la rate, fut éthérisé jusqu'à insensibilité complète deux heures avant le huitième accès. Une heure après l'éthérisation, parut un accès très-léger, et qui fut le dernier. La rate diminua de volume.

Ces trois cas ne laissent pas de doute sur l'influence de l'éthérisation dans les affections périodiques, et peut-être parviendrons-nous par ce moyen à éclairer l'étiologie encore si obscure, et à savoir si l'on doit placer le siége de la maladie dans les nerfs, dans l'hypertrophie de la rate ou dans la dyscrasie du sang.

---

30. *Sur un nouveau signe diagnostique des môles utérines*; par le professeur Vannoni.

(Gazetta Toscana.)

On sait combien le diagnostic des môles utérines est rempli d'incertitude et d'obscurité ; tous les prétendus signes qu'on a cherché à déduire de la forme du ventre, de son développement plus rapide, de l'absence des mouvements du fœtus, de l'absence du ballottement, de l'affaissement des seins, des petites pertes qui accompagnent la môle ; tout cela, dis-je, peut bien former un ensemble de présomptions qui éveille les doutes de l'accoucheur, mais qui ne lui apporte aucune lumière positive. Quand les mouvements du fœtus sont bien prononcés, quand le ballottement est manifeste, on peut bien conclure à la grossesse ; mais de l'absence de ces phénomènes, on ne saurait conclure à une môle. Il en est de même des battements du cœur du fœtus : quand on les perçoit, on est sûr que le fœtus existe ; quand on ne les perçoit pas, on ne saurait affirmer qu'il est mort, et encore bien moins que l'utérus est occupé par une môle.

Aussi l'annonce du nouveau signe découvert par le professeur Vannoni avait vivement piqué notre curiosité ; et nous nous demandions à quel ordre de renseignements il avait pu l'emprunter. Nous craignons fort que nos lecteurs ne partagent un peu l'espèce de désappointement que nous avons éprouvé ; sans prétendre que sa petite découverte est absolument sans valeur, c'est une recherche si subtile, et les résultats en sont si indécis et même d'une valeur si incertaine, lorsqu'on les aurait nettement constatés, qu'elle laisse le diagnostic des môles à peu près aussi obscur qu'auparavant. Comme pourtant, après tout, l'expérience est le seul juge, et qu'un signe de plus, si léger qu'il soit, n'est jamais à dédaigner, voici comment M. Vannoni procède :

Ayant étudié avec beaucoup d'assiduité et de patience toutes les modifications des bruits que l'auscultation fait percevoir dans la région utérine d'une femme, dont la matrice est distendue par un produit quelconque, il crut reconnaître que le bruit de souffle, dans l'état de grossesse et dans des cas analogues, ne se compose pas du seul bruit dont la nature est indiquée par l'épithète qui le désigne, mais qu'il est évidemment le résultat de deux bruits : le premier, âpre, sibilant ; le second doux. Dès lors il crut remarquer que, dans les cas de grossesse naturelle et heureuse, le son doux prévaut d'une manière évidente sur le son âpre, et qu'au contraire, dans les cas de maladie grave du fœtus, ou dans ceux de mort de ce produit, le son âpre est égal au son doux, ou même l'emporte sur lui dans les cas où la maladie est très-grave, jusqu'à ce qu'enfin il existe complétement à la suite de la mort du fœtus. Il songea donc à examiner le bruit de souffle dans les cas de môle, convaincu à l'avance que ce bruit devait présenter les mêmes caractères qu'il avait déjà constatés dans des exemples de mort du fœtus. L'observation suivante lui a paru justifier toutes ses prévisions.

Obs. — Assunta Santeni, tisseuse, née à Florence, âgée de 23 ans, déjà mère d'un enfant, entra dans la clinique obstétricale de perfectionnement, le 13 janvier dernier, pour une légère perte de sang par les parties génitales, laquelle perte datait déjà de quatre jours. Elle raconta qu'elle n'avait plus ses règles depuis le mois d'octobre, et qu'en conséquence elle se croyait enceinte, bien qu'elle ne présentât d'ailleurs aucun des phénomènes qui accompagnent habituellement la grossesse. On l'examina avec le plus grand soin : l'utérus arrivait un peu au-dessous de l'ombilic ; son développement était, en conséquence, plus considérable qu'il n'aurait dû l'être pour une grossesse normale, si l'on rattachait l'époque de la conception à celle d'où datait l'aménorrhée. Avant la dernière menstruation, l'exercice de cette fonction avait eu lieu d'une manière si irrégulière, que l'on ne dut guère se fier à ce symptôme. La tumeur formée par l'utérus avait une surface un peu inégale et légèrement pâteuse. Le léger écoulement de sang dont nous avons déjà parlé continuait, et n'avait point de mauvaise odeur. Le col de l'utérus était légèrement entr'ouvert et dirigé vers le pubis, tandis que le segment inférieur et postérieur de cet organe faisait comme une sorte de poche derrière le col, et était légèrement pâteux : la percussion donnait un son obscur dans tout l'espace occupé par l'utérus ; le ballottement était impossible, et l'auscultation ne révélait pas les bruits cardiaques du fœtus. Un pareil ensemble de phénomènes faisait

soupçonner qu'on avait affaire à une môle hydatide : mais ce diagnostic ne pouvait être confirmé que par la sortie du corps renfermé dans l'utérus.

Pour s'éclairer davantage, le professeur Vannoni porta de nouveau son attention sur le bruit de souffle qu'il n'avait pas pu entendre lors de son premier examen de la malade. Le lendemain de cet examen, il fut facile d'observer que le second son du bruit de souffle, à savoir le son doux, manquait tout à fait, tandis que, lorsque la grossesse est normale, il est plus fort que le son sibilant. En conséquence, il n'hésita pas à diagnostiquer l'existence d'une môle qui, d'après les symptômes déjà indiqués, entre autres le développement rapide du ventre, devait, selon lui, être une môle hydatique.

Dans la nuit du 20 janvier, la malade eut une perte abondante de sang, et l'utérus conservait néanmoins le même volume et la même consistance. Le 22, vers les cinq heures du matin, les prodromes d'un accouchement se manifestèrent. Les douleurs, lentes au début, allèrent graduellement en augmentant; elles devinrent bientôt plus pénibles que celles d'un accouchement naturel, et se rapprochèrent beaucoup de celles qui ont lieu dans l'avortement. A chacune de ces douleurs succédait, comme cela s'observe dans l'avortement, un écoulement de sang, et la dilatation du col se faisait progressivement, mais peu à peu. Le toucher fut pratiqué à minuit et demi; l'orifice du col était alors dilaté comme une pièce de dix pauls; un corps mou faisait saillie : il fut bientôt extrait en opérant de légères tractions avec deux doigts. La môle expulsée pesait environ 2 livres; elle contenait une foule d'hydatides dont le volume variait depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Après que cette môle eut été expulsée, il y eut un écoulement de sang tout à fait semblable à celui qui succède à un accouchement ordinaire, et l'utérus se contracta convenablement. Le lendemain, une nouvelle portion de môle, du poids de 8 onces environ, fut expulsée avec un gros caillot sanguin. Pendant les quatre jours qui suivirent cette dernière expulsion, il y eut un écoulement de matières lochiales brunâtres et fétides, mais jamais sanguines, qu'accompagnaient encore quelques vésicules hydatiques. La malade se rétablit promptement.

Dans cette observation, il y avait d'abord un ensemble de symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'une môle; mais est-il vrai de dire que l'auscultation a permis d'assurer d'une manière positive que c'était bien d'une môle qu'il s'agissait, et non d'une grossesse ?

De l'aveu même de l'auteur, le signe nouveau se rencontre dans les cas de grossesse où le fœtus est mort, et il reste toujours à distinguer ce cas d'avec celui d'une mole. Or, pour établir cette distinction, il conseille de tenir compte de tous les autres phénomènes, de s'attacher surtout à constater le ballottement et les signes de la mort du fœtus; et il pense qu'il sera facile ainsi d'éviter toute erreur. C'est dire, en d'autres termes, que le nouveau signe, qui devrait éclairer les anciens, a besoin des anciens pour en être éclairé lui même; et, pour notre compte, nous n'oserions, même en les réunissant tous ensemble, considérer le diagnostic autrement que comme probable, et jamais, assurément, comme certain.

---

31. *Empoisonnement par l'arsenic, traité avec succès par la magnésie calcinée.*

(Giornale dell' Academia medico-chirurgica di Torino.)

Ce ne serait pas de trop de posséder deux moyens, sur l'efficacité desquels on pût également compter pour prévenir les terribles effets de l'empoisonnement par l'arsenic. Nous avons rapporté dans ce journal de nombreux exemples des bons effets du tritoxyde de fer hydraté. D'après plusieurs chimistes, et notamment M. Bussy, on trouverait un antidote non moins assuré dans la magnésie calcinée, qui a la propriété d'absorber avec facilité l'acide arsénieux en dissolution. L'observation suivante vient témoigner en faveur de l'efficacité de cette substance.

Le docteur Garbiglietti fût appelé auprès d'un jeune homme de vingt-six ans qui, depuis un heure, se plaignait de violentes douleurs à l'estomac et d'un sentiment de constriction à la gorge; son pouls était déprimé, filiforme, irrégulier, les battements du cœur tumultueux et petits, les extrémités froides, les traits profondément altérés; il était en proie à des spasmes cloniques avec contraction des mâchoires et agitation excessive; des matières sanguinolentes étaient rendues par le haut et par le bas; en un mot, ce jeune homme présentait tous les symptômes d'un violent empoisonnement. On apprit, en effet, qu'il s'était empoisonné avec de l'arsenic. M. Garbiglietti voulait administrer de suite du tritoxyde de fer hydraté; mais n'ayant pu s'en procurer qui fût récemment préparé, il eut recours à la magnésie. Il en fit avaler d'abord 2 gros dissous dans un demi-verre d'eau. Une demi heure après, 2 autres gros de magnésie furent administrés. Au bout d'une heure environ, le pouls s'était relevé, la chaleur était revenue à la peau; les douleurs épigastriques avaient complétement disparu, le visage était redevenu naturel. Le malade

fit un sommeil d'une demi-heure ; à son reveil, il eut une copieuse évacuation alvine de matières noirâtres, sanguinolentes, très-fétides ; aucune émission d'urine n'avait encore eu lieu. — Le lendemain matin (les premiers accidents s'étaient manifestés à dix heures du soir), le malade était tranquille ; son pouls était élevé et vibrant ; il ne se plaignait d'autre chose que d'un sentiment d'ardeur à la gorge, d'une grande prostration des forces, et de quelques légères crampes aux extrémités inférieures. Ce ne fut que vers dix heures (c'est-à-dire au bout de douze heures) qu'il put, pour la première fois, rendre une petite quantité d'urines très-troubles, rougeâtres et fétides. Un réaction fébrile se manifesta et dura jusqu'au troisième jour, où commença à s'établir la convalescence. — On apprit par le malade qu'il avait avalé environ 12 grains d'arsenic dissous dans un demi-verre d'eau fraîche.

En supposant que la magnésie et le tritoxyde de fer eussent une efficacité égale, la magnésie aurait un avantage qui devrait déterminer la préférence en sa faveur, c'est son innocuité à peu près complète, quelle que soit la dose à laquelle on l'administre ; tandis que le tritoxyde de fer ne saurait être donné, sans inconvénient, à des doses un peu élevées. Il y a encore en faveur de la magnésie la facilité avec laquelle on peut se la procurer. Toutefois il est bon d'ajouter que la magnésie ne jouit plus des mêmes propriétés lorsqu'elle est fortement calcinée. Ainsi la magnésie, qu'on expédie d'Angleterre sous le nom de magnésie de Henry, est trop calcinée pour pouvoir servir d'antidote.

---

32. *Empoisonnement par le pignon d'Inde.*

(London médical Gazette.)

Le pignon d'Inde, ou le fruit du *jutropha curcas*, est fort employé en Angleterre comme purgatif pour les bestiaux ; et l'on prépare, avec ce fruit, une grande quantité de l'huile vendue dans le commerce sous le nom d'*huile de croton anglaise*. C'est dire que le pignon d'Inde est susceptible, lorsqu'il est ingéré en certaine quantité, de donner lieu à des accidents toxiques, caractérisés principalement par des vomissements et des superpurgations. Un ouvrier employé aux docks de Londres a éprouvé, indépendamment de ces accidents, un affaiblissement extrême, de l'engourdissement dans la langue, et une perte de connaissance qui a duré vingt minutes, et cela pour avoir mangé seulement les amandes de cinq de ces fruits. Quoique graves, ces accidents n'ont pas eu de suites ; et il a suffi d'administrer au malade quelques toniques, surtout des opiacés, pour produire un soulage-

ment rapide, suivi, quelques heures après, d'une guérison complète.

---

33. *Sarcome médullaire de l'omoplate* ; par le docteur MICHEL.
(Medicinisches Correspondenz-Blatt.)

OBS. — Une petite fille de 3 ans 1/2, née d'une mère scrofuleuse et présentant aussi, de même que ses frères et ses sœurs, des signes de scrofule, jouissait, du reste, d'une bonne santé, lorsque sa mère s'aperçut un jour, en la lavant, qu'il existait sur l'omoplate gauche une tumeur de la grosseur d'une petite pomme. Cette tumeur était indolente, dure, fixe, régulièrement arrondie, sans changement de couleur à la peau et sans augmentation de température. On prescrivit d'abord des frictions mercurielles, un emplâtre et des cataplasmes de ciguë, l'hydriodate de potasse à l'intérieur, des fomentations d'huile de morue ; le tout sans succès. Pendant sept semaines, il y eut peu de changement ; la tumeur avait à peu près doublé de volume. Ce fut alors qu'on pensa qu'on pouvait bien avoir affaire à un ostéosarcome ou à un sarcome médullaire. A partir du commencement du troisième mois jusqu'à la mort, qui eut lieu au douzième mois, la tumeur fit des progrès rapides et se développa dans toutes les directions, vers le cou, le larynx, le sternum, la colonne vertébrale et les fausses côtes. Elle devint inégale, bosselée, molle, élastique, et sembla présenter de la fluctuation ; en même temps la peau devint érysipélateuse, plus chaude et plus sensible. L'enfant marchait avec peine, à cause du poids considérable de la tumeur, et il éprouvait des douleurs assez vives par suite du tiraillement des nerfs de l'aisselle. Peu à peu le bras et l'avant-bras perdirent le mouvement et devinrent œdémateux et froids. Une bronchite vint mettre fin, au bout de deux jours, à cette pénible existence.

La tumeur avait 1 pied de hauteur sur 10 pouces de largeur ; elle pesait 6 livres et 3 onces 1/2. A l'extérieur, elle était charnue et parcourue par un grand nombre de vaisseaux ; à l'intérieur, elle se composait d'une quantité considérable de pétites masses arrondies, de la grosseur d'un œuf du poule, de la consistance d'une pâte molle, et renfermant une matière tout à fait semblable à la substance cérébrale. Une de ces masses, située dans le voisinage de l'aisselle, contenait du pus. L'os de l'épaule était refoulé par cette masse morbide. La substance osseuse avait presque entièrement disparu pour faire place à une matière granuleuse. La clavicule et l'humérus n'avaient subi aucune altération. La cavité gauche de la poitrine était fortement comprimée ; les deux poumons n'adhéraient nullement à la plèvre costale, mais

se trouvaient hépatisés vers leur sommet, et les bronches contenaient un mucus purulent épais. Cœur hypertrophié ; des masses polypeuses dans les deux ventricules, surtout dans le droit; hypertrophie de la rate, du foie et des glandes mésaraïques; estomac ramolli dans le voisinage du pylore.

---

34. *Sur le traitement des fissures à l'anus ;* par M. Wragg.
(The Southern of medecine and pharmacy.)

L'auteur commence par une assez longue dissertation pour prouver que le resserrement du sphincter n'est point, comme l'a dit Boyer, la cause, mais bien l'effet de la fissure. Il cite les textes, les discute, et surtout les combat les uns par les autres, et tire ensuite de l'appréciation des symptômes de la fissure des conclusions confirmatives de son opinion.

Après ces préliminaires dont nos lecteurs nous sauront gré sans doute de ne leur faire connaître que l'analyse, M. Wragg indique le mode de traitement qu'il met en usage d'après les considérations précédentes. Le but de ce traitemeut est : 1° de dilater le sphincter contracté au moment de l'évacuation fécale ; 2° d'adoucir l'irritation causée par les matières et par les sécrétions viciées que fournit la membrane muqueuse enflammée.

Pour remplir ces deux indications, il engage le malade à porter, avant chaque évacuation, dans l'anus, le doigt indicateur chargé d'une quantité de cérat suffisante pour couvrir toute la surface interne de l'intestin. Il devra faire pénétrer le doigt assez haut dans le rectum pour dépasser le bord supérieur du sphincter, puis le tourner dans tous les sens, en ayant soin d'appliquer plus spécialement le corps gras sur le point où il trouve la muqueuse sensible et dépourvue de poli. — Au premier abord, il se développe une violente contraction du sphincter, exigeant quelques efforts pour surmonter la résistance qui s'oppose à l'introduction du doigt, et la douleur est même torturante les trois ou quatre premières fois. Mais un degré modéré de pression, employé avec persévérance et graduellement augmenté, l'emporte sur la résistance, et le sphincter commence à se relâcher dès que le doigt est demeuré quelques secondes en place. Une fois ce résultat obtenu, on peut le retirer : le relâchement persiste durant un temps considérable et permet aux matières de sortir avec beaucoup moins de douleur. En outre, le corps gras remplace avantageusement, dans son office lubréfacteur, la mucosité dont la sécrétion est diminuée dans cette maladie.

Dans la plupart des cas, ces soins sont suffisants pour amener la guérison. Il faut recommander au patient de faire, après l'éva-

cuation, des applications d'eau froide, au moyen d'une éponge. Il pourra même, dans la saison chaude, répéter avec avantage cette application plusieurs fois par jour. Il en serait de même pour les individus exposés par leur profession à des frottements réitérés sur la région anale.

— Ces soins sont en effet excellents à prendre, et nous ne doutons pas qu'ils ne suffisent souvent pour opérer la guérison ; mais l'auteur se trompe étrangement s'il se croit en droit de rapporter exclusivement leur action curative à l'influence qu'ils exercent sur la fissure. Évidemment ils ont aussi, et je dirais volontiers, ils ont principalement pour résultat de modifier favorablement l'état de contraction morbide du sphincter. On connaît trop bien aujourd'hui le pouvoir de la pression et de la distension saccadée comme agent thérapeutique contre les contractures, pour refuser à l'introduction forcée du doigt la valeur qu'elle possède dans ce cas. — Admettons cependant, pour être exact, que la couche grasse, dont se trouve alors recouverte la partie fissurée, contribue également à assurer le résultat désiré.

---

35. *Observation d'hydrocéphale ponctionnée trois fois sans succès ;* par le docteur P.-G. Edwards.

(The Southern Journal of medicine and pharmacy.)

Il s'agissait d'un petit nègre âgé de 4 mois. Cet enfant avait eu des convulsions une semaine après sa naissance ; néanmoins il se développa très-bien, sans autre symptôme notable qu'une extrême disposition à crier, principalement la nuit. La tête commença à grossir à 2 mois, et les yeux devinrent saillants. A l'âge de 4 mois, quand le docteur Edwards fut appelé, le volume de la tête était énorme, et les os crâniens disjoints de telle sorte qu'il existait un intervalle assez grand entre les pariétaux et les os frontal et occipital. La fluctuation était facilement perçue tout le long des sutures écartées et sur le siége des fontanelles. L'apparence de la santé générale était bonne. On essaya pendant quelque temps le calomel à l'intérieur et des onctions avec une pommade à l'iodure de mercure ; mais ce traitement n'ayant produit aucun changement, on eut recours à la ponction, le 10 janvier 1846.

Un petit trocart, muni de sa canule, fut plongé à travers la fontanelle antérieure, 8 lignes à gauche du sinus longitudinal. Le trocart étant retiré, la canule donna passage à 6 ou 7 onces d'un liquide couleur jaune-paille. La plaie fut ensuite recouverte de bandelettes agglutinatives superposées, dont quelques-unes faisaient le tour de la tête ; puis l'on exerça, au moyen de tours

de bande, une compression modérée, destinée à rapprocher les os du crâne.

Cette opération ne donna lieu à aucun accident ; mais bientôt la tête commença à grossir de nouveau, et il fallut recourir à une nouvelle ponction le 26 février. On tira cette fois 8 onces de liquide. Des vomissements eurent lieu aussitôt après, et le petit malade parut très-faible. On pansa comme la première fois. Quelques convulsions eurent lieu les jours suivants. Bientôt l'hydrocéphale fit de nouveaux progrès, et une troisième ponction fut pratiquée le 24 juin, au moyen de laquelle on tira 19 onces de liquide. Le petit malade tomba peu à peu dans le coma, et mourut le 29 du même mois.

On constata à l'autopsie que l'épanchement occupait les ventricules latéraux, qui avaient été élargis surtout à leur partie antérieure, où ils n'étaient plus séparés de la surface cérébrale que par une lamelle de l'épaisseur d'une ligne. Dans cette partie de son étendue, le ventricule offrait une surface inégale. Les membranes cérébrales étaient un peu injectées, mais sans adhérence au cerveau. Il n'est question nulle part, dans l'observation, de tubercules ni de tumeur encéphalique.

— On sait que la ponction du crâne, dans les cas d'hydrocéphale chronique, n'a pas donné jusqu'ici des résultats bien satisfaisants ; la plupart des opérés sont morts, non pas, du moins habituellement, des suites de l'opération, mais des progrès de la maladie. Néanmoins les statistiques produites à diverses époques sont loin de se ressembler sous ce rapport, et il en est où les cas de succès seraient assez nombreux pour encourager à de nouveaux essais, si l'on ne conservait pas involontairement des doutes sur la justesse du diagnostic. Ainsi, tandis que l'auteur trouve, d'une part, sur 13 opérations pratiquées avant 1828, 12 morts et une guérison incomplète, et d'autre part, sur 15 opérations pratiquées de 1836 à 1846, 10 insuccès, le docteur Conquest, de son côté, annonce 10 succès, sur 19 opérations. Il est certain que le résultat doit singulièrement varier suivant deux circonstances principales, à savoir le siége précis de l'épanchement et les conditions étiologiques auxquelles il est lié, et malheureusement les observations qui servent de base aux statistiques ne sont pas toujours assez explicites sous ce double rapport. On ne sait pas toujours bien clairement si l'épanchement siégeait dans les cavités méningiennes ou dans les ventricules cérébraux. On sait encore moins, et cela se conçoit, si l'hydrocéphale était essentielle, ou si elle était liée à la présence de tumeurs, tuberculeuses ou autres. L'hydrocéphale essentielle est

rare sans doute, mais enfin on en a publié des exemples qui paraissent incontestables, et l'observation ci-dessus rappelée, malgré sa brièveté, semble devoir s'y rapporter. A ce titre, elle offrait à l'emploi de la ponction l'indication la plus favorable. Le résultat n'en a pas moins été peu avantageux ; mais on peut toujours affirmer que l'opération n'a pas eu d'inconvénients sérieux, et a plutôt retardé qu'avancé la fatale terminaison.

---

36. *De l'emploi des ligatures animales* ; par M. Wragg.
(The Soutern Journal of medecine and pharmacy.)

La question des ligatures animales, étudiée jadis avec tant de soin par Physick, Janeson, Lawrence, etc., vient d'être remise sur le tapis grâce au récent Mémoire de M. Wragg, Bien qu'aucune conclusion inconnue ne ressorte de ses expériences, elles peuvent cependant être utiles non-seulement par leur exactitude, mais aussi parcequ'elles viennent à une époque où ce sujet a, en quelque sorte, besoin de redemander à de récents travaux un peu de la faveur qui l'accueillit autrefois et qu'il n'a pas cessé de mériter.

La substance dont M. Wragg se sert de préférence est du tissu fibreux de daim, séché puis tordu, de manière à former un petit fil rond, à surface lisse et régulière, non élastique et assez fort pour résister à la traction que les doigts du chirurgien doivent exercer sur lui en serrant le nœud. La manière de préparer ces ligatures paraît avec raison à l'auteur être un objet de grande importance et capable d'assurer ou de compromettre le succès de l'opération. Il faut d'abord disséquer avec soin le tendon du jarret du daim, de manière à en avoir une fibre de la plus grande longueur possible. Le long tendon qui descend le long de la jambe de l'animal peut aussi s'employer, mais il a l'inconvénient de ne pas donner des fils d'un volume assez régulier.

Il faut sécher lentement ces tendons et ne point s'en servir avant que toute l'humidité n'ait disparu. L'auteur préfère ceux qui sont restés secs pendant plusieurs années. Pour en isoler une fibre, on doit attaquer le tendon par son milieu et le dédoubler en allant ensuite vers les extrémités. Si l'on éprouve quelque difficulté à séparer les fibres, on se trouvera bien de battre le tendon à coups de marteau, mais sans aller cependant assez loin pour détruire sa continuité. Quand les fibres sont réduites à un très-petit volume, on les humecte dans l'eau et on en tord ensemble deux ou un plus grand nombre, selon le volume qu'on désire donner au fil. On les prend à ce moment avec les doigts, en les tenant allongées quelques instants pendant qu'elles sèchent,

de manière que la torsion, continuée durant ce temps, persiste ensuite lorsqu'elles se sont desséchées.

Le volume à donner à ces ligatures ne peut pas être déterminé d'avance d'une manière absolue ; car il doit varier selon la grosseur des artères auxquelles on doit les appliquer. Ainsi une seule fibre suffira pour étreindre les ramuscules artériels qui fournissent du sang dans l'extirpation d'une tumeur, tandis que, pour les artères divisées dans une amputation de cuisse, il faudra un cordon plus considérable. Du reste, la grosseur du fil a une importance plus grande qu'on ne le penserait peut-être d'abord ; car plus il y a de matière laissée dans la plaie, plus l'inflammation est à redouter, et avec le danger de l'inflammation augmente aussi celui de l'hémorrhagie consécutive, puisqu'un excès d'inflammation peut détruire le caillot qui obture l'artère.

On pourrait, avec plus d'apparence peut-être, reprocher aux ligatures animales de ne pas déterminer le degré d inflammation nécessaire au travail d'oblitération artérielle. Mais cette crainte tomberait devant le témoignage de tous les chirurgiens qui ont trouvé dans cette pratique un moyen hémostatique suffisant. Ce n'est donc pas là le motif pour lequel elle a été rejetée par quelques médecins, mais bien parce qu'ils doutaient que la matière des ligatures pût effectivement s'absorber et disparaître au sein des tissus. L'expérience de M. Wragg répond pleinement à ces appréhensions.

Depuis dix ans qu'il a pris l'habitude de se servir de ces ligatures, il n'en emploie plus d'autres. Pendant cet intervalle de temps, il a eu à lier des artères des doigts, de la main, de l'avant-bras, du bras, de la jambe et de la cuisse, et n'a jamais vu aucun symptôme annoncer que la résorption du nœud n'eût pas eu lieu. Quelques cas choisis parmi le grand nombre de ceux qu'il a observés confirmeront la justesse de ces propositions.

En 1836, Wragg amputa la jambe à une femme de plus de 60 ans, pour un ulcère de mauvaise nature. Les ligatures, de fibres de daim, furent coupées très-près du nœud, puis la plaie réunie. Le moignon était cicatrisé au bout de trois semaines. On n'aperçut aucune partie des ligatures ; il n'y eut ni abcès ni ulcération indiquant que ces fils eussent agi sur les tissus vivants comme corps étranger.

Un jeune homme reçut sur la jambe un coup de hache qui ouvrit une des branches cutanées de l'artère tibiale postérieure. M. Wragg la lia avec un fil de tissu de daim qu'il coupa tout près du nœud ; puis il réunit la plaie extérieure par quatre points de suture entrecoupée, faite avec un fil de la même substance.

Rien ne reparut plus ensuite du nœud de la ligature. Quant aux fils employés pour la suture, ils se ramollirent et prirent un aspect comme macéré dès que la suppuration commença à se montrer. Ils diminuèrent peu à peu de volume, de manière que, au bout d'un certain temps, on vit, par l'effet de cette érosion graduelle, un segment de la circonférence du fil disparaître, et par suite le nœud s'échapper, absolument comme si le fil avait été coupé avec des ciseaux.

En 1839, M. Wragg amputa le poignet dilacéré par suite d'un accident de chemin de fer. Il lia les artères avec les fils de tissu de daim. Le douzième jour, la suppuration étant établie, l'un des nœuds se détacha et sortit par la plaie, mais tellement ramolli et diminué de volume qu'on eut de la peine à en reconnaître l'identité, et que l'auteur déclare lui-même qu'il doute encore si ce n'était pas là une portion de tendon mortifié.

Les deux faits qui précèdent prouvent assurément d'une manière indubitable la réalité de l'absorption qu'il exerce sur les ligatures animales. Le suivant n'est pas moins intéressant comme exemple où se manifestent bien les effets comparatifs de cette espèce de ligature et de celles faites avec les fils végétaux.

Après une amputation à la partie inférieure de la cuisse, M. Wragg lia l'artère et la veine crurale (seuls vaisseaux qui exigèrent ce procédé hémostatique) avec des fils de tissu de daim dont il coupa les bouts près du nœud. Le moignon fut pansé et les bords de la plaie cousus au moyen de six points de suture, dont deux en tissu animal et les quatre autres en fil de chanvre. Lors du premier pansement, fait le quatrième jour, on trouva les parties bien réunies excepté en deux endroits où quelque portion du fascia-lata, très-épais dans ce point, les avait maintenues séparées. Le sixième jour, deux des points de suture, qui étaient en tissu de daim, furent retirés sans qu'il eût été besoin pour cela de couper le nœud, tandis que les autres, faits en fil de chanvre, durent être coupés pour pouvoir sortir. Les petites plaies qu'avaient traversées les fils de tissu animal étaient moins enflammées que celles occupées par les fils de chanvre.

37. *Nouveau véhicule pour tenir le camphre en dissolution.*

(Dublin medical Press.)

Le camphre est un médicament très-employé en médecine, et dont l'administratiou présente assez de difficultés, parce qu'il est à peu près insoluble dans l'eau, et que, lorsqu'on le donne dans les émulsions, ou en solution dans l'alcool, il ne tarde pas à se séparer aussitôt qu'on ajoute de l'eau. M. Murray a fait connaître

un moyen de tenir le camphre en solution, moyen qui permet de l'administrer à doses plus élevées, et avec moins de chances d'irritation qu'on le faisait autrefois. Ce moyen n'est autre que la dissolution du camphre dans la magnésie liquide. 30 grammes de magnésie liquide dissolvent 15 centigrammes de camphre; et la dissolution est telle, que le liquide est parfaitement transparent, et que l'on peut y ajouter de l'eau, sans le troubler et sans précipiter le camphre. Un bon moyen de s'assurer de la quantité du camphre en dissolution consiste à ajouter au liquide une substance susceptible d'absorber une portion de l'eau, du sel commun sec, par exemple. Immédiatement le camphre se précipite, et l'on peut s'assurer ainsi de la quantité qui se trouvait dissoute.

---

38. *Sur les lunettes en verre coloré;* par le docteur FISCHER, à Nordhausen.

(Allgemeine medicinische central Zeitung.)

Dans les cas où la lumière trop vive incommode la rétine, on emploie, pour mitiger l'intensité des rayons lumineux, des verres colorés, qui ont l'inconvénient de ne présenter les objets que sous une seule couleur, et de faire voir ensuite les mêmes objets avec les couleurs complémentaires lorsqu'on ôte les lunettes; ou bien encore on a recours à des diaphragmes percés de pupilles artificielles, qui ont le défaut de remplacer la pupille naturelle mobile par une autre immobile, d'annihiler la mobilité du globe de l'œil, de nécessiter le mouvement de la totalité de la tête pour regarder dans différentes directions, et de borner la portée de la vue à une étendue très-circonscrite. Pour obvier à ces inconvénients, M. Fischer propose l'emploi de verres composés de deux lames superposées, de deux nuances différentes : l'une primitive, l'autre complémentaire, comme rouge et vert, bleu et oranger, jaune et violet. Il est bien entendu que l'épaisseur des deux verres doit être proportionnelle pour détruire toute coloration dans les objets. Pour les myopes et les presbytes, ils devront être taillés selon leur portée de vue.

---

39. *Sur quelques troubles du système nerveux, en rapport avec la grossesse et l'accouchement*; par le docteur J.-C.-W. LEVER.

(Guy's Hospital Reports.)

Nous reproduisons les conclusions de cet intéressant travail. 1° La grossesse est parfois associée à la chorée ou aux affections convulsives, à la paralysie de diverses parties du corps, des extrémités et des nerfs des sens spéciaux, ainsi qu'à la manie. 2° Les

symptômes assez divers de ces complications peuvent se montrer à toutes les périodes de la grossesse ; mais une fois établies, quelle que soit la modification imprimée par le traitement, cette modification va rarement jusqu'à la disparition complète, au moins pendant la grossesse. 3° Les malades chez lesquelles on retrouve ces complications sont des femmes d'un tempérament nerveux très-développé, d'une grande irritabilité, et dont la constitution a été détériorée par des causes graves et prolongées d'épuisement. 4° Le traitement de ces complications ne comporte pas de moyens héroïques, mais seulement la régularisation des sécrétions, l'entretien et la liberté du ventre, et l'emploi de médicaments et d'un régime susceptibles de réveiller le ton et l'énergie du système nerveux. 5° Bien que, dans la plupart des cas, les symptômes persistent pendant toute la durée de la grossesse, le médecin n'est cependant presque jamais autorisé à recourir à l'accouchement artificiel prématuré.

---

40. *Recherches statistiques sur la rupture de l'utérus pendant la grossesse et pendant l'accouchement;* par le docteur Trask.

(American Journal of Med.)

Dans ce travail, l'auteur a cherché à tracer l'histoire de la rupture de l'utérus, à l'aide de 300 cas de cette espèce, survenus pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, et dont il a puisé les détails soit dans les auteurs, soit dans la pratique d'un grand nombre de ses collègues. On voit par ces recherches que, dans un grand nombre de ces cas, la déchirure reconnaît pour cause une altération pathologique antérieure de l'utérus, ce qui rendait la déchirure presque inévitable. Ainsi, sur 49 cas dans lesquels on a mentionné l'état du tissu utérin, il n'en est que 10 dans lesquels ce tissu était parfaitement sain ; dans les 39 autres, il existait, en quelques points des parois utérines, un amincissement ou un ramollissement, ou tous les deux à la fois ; altérations dépendant, dans la plupart des cas, soit de lésions mécaniques, soit de causes idiopathiques, telles que l'inflammation chronique ou l'inflammation survenue pendant un travail prolongé. Toutes les fois qu'une portion de l'utérus est dans un état pathologique, les chances de rupture sont en rapport direct avec l'obstacle que rencontre l'expulsion du fœtus. Dans plus de 60 cas, il y avait une diminution plus ou moins grande dans le diamètre du bassin ; dans plusieurs autres cas, le fœtus était hydrocéphale, de sorte que, bien que le bassin offrît ses dimensions normales, il y avait disproportion entre le conduit vulvo-utérin et la tête du fœtus. L'âge des malades paraît exercer aussi une influence

considérable sur la production de la rupture. Ainsi, sur 141 cas, on en trouve 3 an-dessous de 20 ans, 14 de 20 à 25 ans, 34 de 25 à 30 ans, 36 de 30 à 35 ans, 37 de 35 à 40 ans, et 15 de 40 à 45 ans, ce qui semble établir une proportion de fréquence avec la progression de l'âge. Plusieurs auteurs ont affirmé que la rupture de l'utérus est rare pendant la première grossesse ou pendant le premier accouchement. Ce n'est pas ce qui résulte des recherches de M. Trask. En effet, sur 155 cas de rupture, 24 appartenaient à une première grossesse, 18 à une seconde, 17 à une troisième, 21 à une quatrième, 18 à une cinquième, 16 à une sixième, 9 à une septième, 10 à une huitième et à une neuvième, 9 à une dixième, 8 à une onzième, 3 à une douzième, et 2 à une treizième. Les données manquent pour calculer l'influence de la durée du travail sur la production de ces ruptures; M. Trask ne nous fournit d'autres indications que le nombre des cas correspondant à des accouchements de diverses durées. Sur 77 cas de rupture, 23 appartiennent à des accouchements qui ont duré moins de six heures ; 18, à des accouchements de douze à vingt-quatre heures ; 16, à des accouchements de vingt-quatre à trente-six heures, et 20, à des accouchements de plus de trente-six heures. La question de l'intervention de l'homme de l'art dans les ruptures de l'utérus est parfaitement jugée par les chiffres de M. Trask. 89 cas ont été abandonnés à eux-mêmes : il y a eu 24 guérisons, 27 sur 100. Dans 31 cas, la délivrance a été spontanée ; 12 guérisons ou 35 sur 100. Dans 154 cas, la délivrance a été artificielle : il y a eu 57 guérisons, ou 37 sur 100. Sans considérer ces chiffres comme représentant d'une manière absolue le véritable rapport du succès ou de l'insuccès, suivant que l'art intervient ou non, il n'en est pas moins vrai qu'ils indiquent la supériorité de l'intervention de l'art sur la pratique expectante. Il y a plus : c'est que la délivrance artificielle, sans sauver toujours les femmes, leur donne quelques heures de plus de vie : ainsi, celles qui ont été délivrées ont survécu vingt-deux heures, les autres neuf heures seulement. Sur les 89 cas dans lesquels on n'a employé aucun traitement, et dans lesquels par conséquent les malades ont été abandonnées aux ressources de la nature, il en est 24 qui ont été guéries par suite de l'enkystement du fœtus ; mais, quelques mois après, ce dernier s'est échappé par morceaux à travers des ouvertures fistuleuses de l'abdomen, du vagin ou du rectum. Sur 104 cas dans lesquels la tête du fœtus, avec partie ou totalité de son corps, avait pénétré dans la cavité péritonéale, 57 furent abandonnés à eux-mêmes ; il y eut 18 guérisons et 39 morts. 30 femmes furent délivrées par la version, etc. ; 9 guérisons,

21 morts. 17 fois on pratiqua la gastrotomie ; 13 guérisons, 4 morts. Sur 63 cas de rupture avec rétrécissement du bassin, 11 furent abandonnés à eux-mêmes ; tous furent suivis de mort. La perforation fut pratiquée dans 19 cas : 3 guérisons, 16 morts. Dans 25 cas, on eut recours à la version, au levier, au crochet, au forceps : 11 guérisons, 14 morts. Gastrotomie dans 8 cas ; 5 guérisons, 3 morts. Ce qui donne comme résultat général, pour la gastrotomie, 18 guérisons sur 25 cas; pour les autres modes de délivrance, 23 guérisons sur 74 cas, et pour la méthode expectante, 18 guérisons sur 68 cas. Résultat très-favorable à la gastrotomie, mais que l'on ne saurait toutefois considérer comme incontestable, parce qu'il est à craindre qu'on n'ait pas publié tous les insuccès.

---

41. *Effets des mercuriaux chez les jeunes sujets* ; par le docteur J.-B. Beck.

(Amer. journal of med. Sciences.)

Le but de ce Mémoire intéressant est de montrer que les mercuriaux administrés chez les jeunes sujets offrent cette circonstance particulière, que la salivation a lieu avec la plus grande difficulté, et que, malgré cela, les effets de ce médicament sont à la fois plus énergiques et moins certains que chez l'adulte. C'est ce qu'il a exprimé dans les conclusions suivantes : 1° Si la salivation se montre si rarement chez les enfants au-dessous d'un certaiu âge, il est évident qu'on ne saurait en faire un critérium pour juger de l'influence des mercuriaux sur leur économie. Il suit de là que l'on ne doit pas chercher à obtenir la salivation chez l'enfant comme on le fait chez l'adulte ; et, dans le cas où l'on cherche à obtenir une action énergique des mercuriaux, il existe d'autres moyens que celui-là de reconnaître jusqu'à quel degré il faut porter l'emploi de ces médicaments. Tous les praticiens savent combien il est difficile, même chez l'adulte, qui est susceptible de salivation, de mesurer l'époque à laquelle il faut suspendre l'usage des mercuriaux ; à plus forte raison, chez l'enfant, chez lequel il n'y a aucun moyen de se guider. Il faut s'en rapporter alors à des caractères fort incertains : la nature des évacuations intestinales et l'influence exercée sur la maladie que l'on veut cambattre. Il arrive souvent toutefois que l'on prolonge l'emploi de ce médicament au-delà des limites nécessaires, au grand détriment de la santé du petit malade : d'où il suit que, chez les jeunes sujets, l'usage des mercuriaux réclame bien plus de précautions que chez l'adulte. 2° Ce fait, que le mercure peut détruire les forces et la vie d'un jeune enfant sans produire la salivation,

n'est pas suffisamment apprécié par le plus grand nombre des médecins, et en particulier par ceux qui administrent le calomel en toute circonstance, sans aucune mesure, et par cette raison que le calomel n'occasionne pas de salivation chez les jeunes sujets. 3° Le mercure employé comme altérant, dans l'enfance, doit être administré, dans tous les cas, avec de grandes précautions. Trop souvent l'emploi irréfléchi du calomel a entretenu une irritation intestinale, qui était destinée à éteindre ou à développer une tendance latente à la scrofule, à la phthisie pulmonaire, etc. 4° Lorsqu'on administre les mercuriaux à de jeunes sujets, il faut, autant que possible, s'attacher à pénétrer les tendances de leur constitution, chose certainement difficile, mais à la recherche de laquelle peuvent guider les connaissances acquises sur la constitution des parents. Toutes les fois que l'on peut craindre une disposition héréditaire à l'affection tuberculeuse, on doit redoubler de précaution dans l'emploi des mercuriaux. 5° Chez les enfants malades depuis longtemps, et dont les forces sont presque épuisées, une simple dose purgative de calomel peut amener une dépression telle, que l'enfant ne puisse s'en relever. 6° La pratique, si généralement répandue, d'administrer le calomel comme purgatif ordinaire, dans toutes les occasions, n'est pas justifiable aux yeux de la raison, sous peine d'agir en temps inopportun sur la constitution des jeunes sujets. Autant que possible, on doit leur préférer des purgatifs plus doux.

On pourrait croire, d'après les conclusions qui précèdent, que M. Beck est un antagoniste systématique de l'emploi des mercuriaux chez les enfants. Il n'en est rien : c'est par cela même que M. Beck reconnaît toute l'activité de ces préparations et les bons effets que l'on peut en attendre dans les maladies graves de l'enfance comme de l'âge adulte, qu'il attaque cet emploi peu logique des mercuriaux, qui fait en quelque sorte la base de la thérapeutique des médecins anglais et américains.

---

42. *Mélanges de chirurgie* ; par le docteur Heidenreich.

(Medicinisches correspondenz-Blatt Bayerischer Aerzte.)

Blépharotomie sous-cutanée dans le traitement de l'entropium spasmodique.

Obs. — Un homme de 70 ans, sujet depuis longtemps aux affections arthritiques, avait été opéré de la cataracte à l'œil gauche par la scléroticonyxis ; à la suite de l'opération, il se développa une inflammation rhumatismale qui dura quatre mois,

malgré tous les traitements. Au bout de ce temps, il se forma un entropium de la paupière inférieure qui eut pour conséquence une irritation continuelle de la conjonctive. Tous les palliatifs ordinaires ayant échoué, l'auteur résolut de pratiquer la blépharotomie sous-cutanée qui lui avait déjà réussi dans deux cas analogues.

Tenant, de la main gauche, la paupière écartée du bulbe de l'œil, il enfonce le ténotome au tiers interne de la paupière, la pointe dirigée en dedans et le dos de l'instrument tourné vers le bulbe ; puis il glisse l'instrument dans la substance de la paupière jusque vers le grand angle de l'œil. Retirant ensuite le ténotome, il coupe les fibres du muscle orbiculaire, en appuyant contre son doigt.

La douleur ne fut pas très-grande, et il n'y eut qu'une perte insignifiante de sang. A peine l'instrument était-il retiré, que déjà la paupière s'était redressée, et huit heures après l'opération elle avait repris tout à fait sa position normale. On se borna à quelques fomentations froides. Le malade guérit parfaitement, et sa guérison se maintint.

---

43. *Lésions des yeux par des capsules fulminantes.*

(Medicinische correspondenz-Blatt.)

Les lésions des yeux par des éclats de capsules fulminantes sont toujours très-grave et amènent presque infailliblement la destruction du globe oculaire. Les deux cas suivants méritent de fixer l'attention des chirurgiens à cause du peu de gravité apparente des premiers symptômes qui n'en ont pas moins été suivis de la perte de l'œil.

Obs. I. — Un petit garçon de 9 ans se trouvait près d'un de ses camarades au moment où celui-ci faisait éclater une capsule en la frappant avec un marteau. Un éclat de la capsule pénétra dans l'œil gauche et causa d'abord très-peu de douleur, au point que l'auteur ne fut consulté que le quinzième jour. Un petit morceau de cuivre était fixé dans la partie inférieure de la cornée et faisait légèrement saillie au dehors. Il fut impossible d'extraire ce corps étranger ; mais l'époque reculée de l'accident, le peu d'intensité de l'inflammation, la difficulté de maintenir l'œil fixe, déterminèrent l'auteur à ne pas faire de nouvelles tentatives et à se borner à combattre l'inflammation, espérant que la saillie du petit fragment deviendrait plus considérable et qu'on pourrait le saisir avec une pincette. Ces espérances furent vaines, l'inflammation fit des progrès et le corps ne bougea pas. On pratiqua une incision dans la cornée ; mais la chambre antérieure

se remplit de sang, et le corps étranger disparut sans qu'il fût possible de le retrouver. La plaie de la cornée se ferma ; l'enfant rentra chez ses parents ; et ce ne fut que longtemps après qu'eut lieu la destruction du globe de l'œil et l'expulsion du fragment de cuivre.

L'auteur croyant avoir mal fait d'inciser la cornée s'abstint une autre fois de cette petite opération, mais n'en fut pas pour cela plus heureux.

Obs. II. — Un garçon de 10 ans fut blessé de la même manière que le précédent ; il survint de l'inflammation qui fut traitée convenablement, et ce ne fut qu'au bout de trois semaines que l'enfant fut amené à l'auteur.

L'inflammation était très-légère, presque insignifiante. On remarquait vers le bord externe et supérieur de la cornée quelques inégalités qui semblaient indiquer la présence d'un corps étranger. A l'aide de la cuiller de Daviel, l'auteur enleva une substance squammeuse au-dessous de laquelle la cornée se montra lisse et claire, mais un peu moins transparente qu'ailleurs ; elle offrait quelques enfoncements analogues aux cicatrices que laissent les ulcères scrofuleux.

Derrière la pupille, dans la capsule cristalline, en haut et en dehors, on apercevait un très-petit point brunâtre, brillant, ayant à peine la grosseur d'une tête d'épingle ; la dilatation de la pupille à l'aide de la belladone ne le faisait pas distinguer plus clairement.

Cette exploration n'était pas de nature à faire croire à la présence d'un corps étranger dans l'œil ; on pouvait supposer que la cornée avait été frappée fortement, peut-être même déchirée dans l'endroit indiqué, l'iris refoulée en arrière, et que la tache brunâtre provenait du détachement d'une portion du pigment de l'iris. Il ne pouvait donc être question d'opération ; on se borna à traiter l'inflammation. Cependant la capsule cristalline devint de plus en plus trouble, la vue se perdit peu à peu, la pupille devint immobile, crénelée, de plus en plus étroite, et le globe de l'œil prit une forme conique. Tous ces signes annonçaient une lésion profonde, mais dont on ne pouvait reconnaître ni trouver exactement la cause. Il ne s'agissait pas de rechercher un corps étranger ; la question était même de savoir si ce corps existait. Cependant le staphylome continuant à faire des progrès, l'auteur se décida à pratiquer une incision à la partie inférieure et externe de la cornée, pour faciliter la sortie du corps étranger, si celui-ci se trouvait dans l'œil ; mais ce fut inutilement.

Vers le cinquième mois après l'accident, le bulbe était entiè-

rement détruit, et l'on vit sortir de l'œil un corps métallique allongé, libre par ses deux extrémités, mais tenant encore fortement par son milieu. Pour ne pas faire souffrir inutilement le malade, on abandonna à la nature l'expulsion complète de ce corps, qui n'eut lieu qu'un mois plus tard.

---

44. Anesthésie remarquable observée à la suite d'un empoisonnement par la belladone.

(London médical Gazette.)

La science possède de nombreux exemples d'empoisonnement par les baies de la belladone, et par l'extrait préparé avec les feuilles de cette plante. Mais il n'existe pas d'exemple d'empoisonnement par cette préparation si active, connue en Angleterre sous le nom de *liquor belladonæ*, qui n'est autre chose qu'une solution aqueuse de l'extrait obtenu des feuilles de cette plante, et dépouillé de ses matériaux féculents par un procédé particulier. (50 grammes de cette préparation équivalent à 16 grammes de l'extrait ordinaire.) Mais ce qui donne à l'observation suivante un plus grand intérêt, c'est que, malgré la dose énorme de poison qui a été ingérée, le malade s'est rétabli, grâce à un traitement convenable, et que l'on a vu persister, après la disparition des accidents, des phénomènes d'anesthésie très-curieux. Voici le fait. Le portier de l'hôpital ophthalmique de Moorfields, âgé de quarante ans, et affecté, depuis plusieurs années, d'un catarrhe pulmonaire chronique, avait l'habitude de prendre, tous les matins, une infusion concentrée de salsepareille. Le 4 avril dernier, il avala, par mégarde, 15 grammes de liqueur de belladone, qu'il avait confondue, à l'aspect, avec son infusion de salsepareille. Cinq minutes après, il reconnut son erreur, par une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge, bientôt suivie de vertiges et de douleurs dans les membres, et sans céphalalgie. Immédiatement, il se rendit, en courant, chez son médecin, qui demeurait à une distance d'environ cent toises, et qui lui conseilla de rentrer chez lui, de boire de l'eau en abondance, en attendent qu'on pût se procurer une sonde œsophagienne. Il rentra chez lui, but de l'eau chaude et vomit abondamment. Bientôt, un quart d'heure environ après l'accident, il perdit connaissance, et tomba dans un délire furieux, tel qu'il fallut plusieurs personnes pour le contenir. On pratiqua le cathétérisme œsophagien, et, à l'aide d'une seringue adaptée à la sonde, on retira une grande portion du poison, qui n'avait pas encore été absorbée. Le malade fut transporté à l'hôpital Saint-Thomas, dans un état comateux, avec résolution complète de tous les membres ; face

rouge et gonflée ; pupilles largement dilatées ; insensibilité complète de la rétine, gonflement considérable des paupières de l'œil gauche, et paralysie de la paupière supérieure du même côté. La respiration était stertoreuse ; les battements du cœur faibles et fréquents; la déglutition était extrêmement gênée.(Applications froides sur la tête, sangsues sur les tempes ; lavements purgatifs ; en même temps , on soutenait les forces en donnant alternativement une cuillerée d'une potion aromatique et ammoniacale, et une tasse d'infusion de café.) Ces moyens , et surtout l'application des sangsues , eurent une influence très-avantageuse. La connaissance reparut deux ou trois heures après; mais l'amélioration fut de courte durée. Le malade fut pris d'un délire violent, qui dura toute une nuit, et auquel succéda un abattement profond. (Glace sur la tête, application d'un vésicatoire à la nuque, une goutte d'huile de croton, lavement purgatif, cathétérisme toutes les quatre heures.) Pendant son abattement, le malade conservait un aspect égaré ; les idées étaient confuses ; mais il pouvait tirer la langue. Il voyait assez bien de l'œil droit , et remerciait les assistants de tous les soins qu'on lui prodiguait. Quant à l'œil gauche, la paupière supérieure était toujours gonflée et paralysée ; la conjonctive était injectée et gonflée comme dans le chémosis. La cornée elle-même ne tarda pas à se prendre, et, en quelques jours, on put constater l'accumulation d'un liquide puriforme dans la chambre antérieure de l'œil. Indépendamment de cette ophthalmie, qui nécessita l'application d'un vésicatoire et l'emploi d'un collyre aluné, le malade conserva , pendant plusieurs jours, une anesthésie complète de tout le corps, semblable à celle que produit le chloroforme, et en vertu de laquelle on pouvait pincer, piquer toutes les parties du corps, sans que le malade en eût la conscience. Il est digne de remarque que les hallucinations auxquelles il était en proie pendant son délire étaient toutes de nature agréable : le malade se croyait riche et possesseur d'un hôtel splendide. — Nous appelons principalement l'attention sur cette anesthésie consécutive à l'emploi de la belladone, et sur l'ophthalmie grave, avec paralysie de la paupière supérieure, qui n'avait pas été notée jusqu'à ce jour par les auteurs. MM. Orfila et Christison ont noté seulement la fréquence de l'injection de la conjonctive. Mais , au point de vue thérapeutique, nous devons une mention spéciale à l'emploi du cathétérisme œsophagien et de la pompe stomacale. Il est vraiment à regretter qu'une méthode aussi ingénieuse et aussi facile n'ait pas encore acquis droit de domicile en France, tandis qu'en Angleterre on l'emploie vulgairement dans tous les cas d'empoi-

sonnement où l'on peut soupçonner que l'estomac renferme encore une portion de la substance toxique.

MÉLANGES.

45. *Du traitement des névralgies par l'emploi à l'intérieur de l'essence de térébenthine à petites doses.*

(Union médicale, octobre 1848.)

Home, Cheyne et Pitcairn, médecins anglais, sont les premiers auteurs qui aient indiqué l'usage de l'essence de térébenthine dans les névralgies ; Cullen la conseille également, mais dans les cas extrêmes ; il faut arriver jusqu'à MM. Récamier et Martinet (*Thèse*, 1818) pour voir cette médication inscrite définitivement dans la thérapeutique des névralgies, celle fémoro-poplitée surtout. La saveur désagréable de l'essence de térébenthine, les accidents gastriques que provoquent souvent les doses élevées auxquelles cette substance était recommandée dans ces affections, et il faut ajouter les bons résultats obtenus par les médications toniques ou narcotiques, ont rarement poussé les praticiens à essayer l'emploi de l'essence de térébenthine dans toutes les névralgies. Un honorable médecin de Lyon, le docteur Leriche, s'est demandé si on n'obtiendrait pas les mêmes succès en abandonnant les doses élevées, qui ont été recommandées jusqu'à ce jour, pour n'employer que des doses beaucoup plus faibles, mais sans descendre aux doses homœopathiques, « que nous regardons, dit ce confrère, comme *un mensonge thérapeutique.* » Les résultats obtenus par M. Leriche sont trop évidents pour ne pas les signaler à l'attention des praticiens. Voici la formule adoptée par ce médecin :

Eau distillée de tilleul.	100	grammes.
— — de menthe.	15	—
Essence de térébenthine.	1 ou 2	—
Gomme arab. en poudre.	5	—
Sirop de capillaire.	30	—

Prendre de cette potion 3 ou 4 cuillerées à bouche par jour.

Le nombre des névralgies guéries par M. Leriche avec cette formule est de 21, savoir : 2 névralgies dentaires : 1 névralgie sous-orbitaire ; 1 névralgie occipitale ; 4 névralgies cervico-brachiales ; 11 névralgies sciatiques, 2 névralgies temporales.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 195e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1848.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée; par *F. Hairion.* (*Suite.*) 121
De l'emploi de la pommade de nitrate d'argent dans le traitement des tumeurs blanches; par *P. Decaisne.* 128
Traitements orthopédiques. (*Suite.*) 132
Hôpital Saint-Jean de Bruxelles. — Clinique chirurgicale. — Professeur M. *A. Uytterhoeven.* Du traitement de l'hydarthrose par la pommade au nitrate d'argent; par le docteur *A. Feigneaux.* 134
Clinique de la Maternité. — (Professeur M. *Van Huevel*). Application du forceps-scie. 138
Grand Hospice des Vieillards. Service de M. *Victor Uytterhoeven.* 141
Du traitement des bubons syphilitiques et des engorgements grandulaires de nature scrofuleuse, au moyen de la pommade de nitrate d'argent; par M. *Lutens.* 144
Réflexions sur la fièvre typhoïde; par *A.-H. Knapen.* 146
Observations météorologiques faites à l'observatoire royal de Bruxelles, pendant les mois d'août et de septembre 1848. 150-175
Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séances du 30 septembre et du 28 octobre 1848. 151-154
Monographie des voies urinaires. — De la goutte militaire et de son traitement; par le docteur *Ch. Phillips.* (*Suite et fin.*) 176

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIETETIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

PHARMACOLOGIE. — 1. Du haschisch; par le docteur *Dorvault.* 1
37. Nouveau véhicule pour tenir le camphre en dissolution. 268

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 2. Recherches expérimentales sur les fonctions de la rate et sur celles de la veine porte; par le docteur *J. Béclard.* (*Suite.*) 7
24. Cas de menstruation substitutive par un ulcère de la mamelle droite; par M. *Baker.* 245

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 3. Recherches sur la stegnose (sclérème des adultes). 14
4. Mémoire sur l'épidémie de choléra qui a régné à Iassy (Moldavie), pendant les mois de juin et juillet 1848; par M. *A. H. Bassereau.* (*Suite* et *fin.*) 26
5. Seconde lettre sur le choléra-morbus en Orient et dans le nord de l'Europe; par M. *Monneret.* (*Suite.*) 36
6. Recherches sur la méningite cérébro-spinale épidémique; par M. *Maillot.* (*Suite.*) 44

25. Périlyphlite; inflammation gangréneuse du diaphragme; par le docteur *Sicherer*. 247
26. Remarques sur la chorée gesticulaire et la chorée électrique; par le docteur *Hœrtel*. 248
27. De l'atélectasie des poumons; par le docteur *Friedleben*. 250
35. Observation d'hydrocéphale ponctionnée trois fois sans succès; par le docteur *P. G. Edwards*. 264
THÉRAPEUTIQUE. — 7. Mémoire sur l'emploi de l'éther et du chloroforme dans la réduction des luxations; par le docteur *Bouchacourt*. 52
8. Note sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le catarrhe pulmonaire chronique; par M. *J. Garin*. 70
9. De l'emploi du charbon végétal contre les affections nerveuses gastro-intestinales idiopathiques et symptomatiques; par le docteur *Belloc*. 74
10. Sur un mode particulier d'administrer le calomel dans l'angine tonsillaire; par le docteur *René Vanoye*. 85
11. Des dangers de l'emploi des vésicatoires chez les enfants; par le docteur *S*. 89
12. Chloroforme. Bons effets de son emploi local dans le lumbago. 94
13. Des effets du hachisch sur l'homme jouissant de sa raison, et sur l'aliéné; par M. *Rech*. 96
14. Coup d'œil sur les indications curatives du choléra asiatique; effets de la saignée au début de la maladie; par M. *Legroux*. 108
28. De l'action des métaux; par le docteur *Griesinger*. 254
29. L'éthérisation comme moyen thérapeutique dans les fièvres intermittentes; par le docteur *Spengler*. 256
36. De l'emploi des ligatures animales; par M. *Wragg*. 266
41. Effets des mercuriaux chez les jeunes sujets; par le docteur *J. B. Beck*. 272

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

MALADIES DES FEMMES. — 15. De la fièvre puerpérale épidémique; par M. le docteur *Ch. Dubreuilh* fils. (*Suite* et *fin*.) 118
30. Sur un nouveau signe diagnostique des môles utérines; par le professeur *Vannoni*. 257
39. Sur quelques troubles du système nerveux, en rapport avec la grossesse et l'accouchement; par le docteur *J. C. W. Lever*. 269
40. Recherches statistiques sur la rupture de l'utérus pendant la grossesse et pendant l'accouchement; par le docteur *Trask*. 270
MALADIES DES ENFANTS. — 16. De la guérison du céphalomatome. — Mécanisme de l'enkystement. — Migrations du bourrelet osseux; par M. *Chassaignac*. 135

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 17. Des appareils de mouvement et de leur utilité dans le traitement des maladies articulaires; par M. *Bonnet*. (*Suite*.) 143
18. Nouvelles études sur les luxations de l'humérus; par le docteur *Goyrand*. (*Suite*.) 157
19. Mémoire sur l'étranglement et l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées; par *Michel Guyton*. 163
33. Sarcome médullaire de l'omoplate; par le docteur *Michel*. 262
34. Sur le traitement des fissures à l'anus; par M. *Wragg*. 263
42. Mélanges de chirurgie; par le docteur *Heidenreich*. 273

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

20. De quelques procédés peu usités dans le traitement des coarctations organiques de l'urèthre; par le docteur *Civiale*. 179

XII. GÉNÉRALITÉS.

21. Instructions sur le choléra, et avis relatifs à la loi pour éloigner les causes d'insalubrité et prévenir ces maladies, publiés par le Conseil gé néral de santé d'Angleterre. (*Suite* et *fin.*) 188
22. Mém^o^ire sur les crises et les jours critiques, et sur la nécessité de te^n^ir compte de leur influence sur la marche et la terminaison des maladies ; par M. *Bricheteau.* 192
23. De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules ; par *A. Legrand.* (*Suite.*) 200

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des Sciences de Paris. (Séances des 30 octobre et 6 novembre.) Emploi de l'oxygène dans le choléra. 208. — Nouveau mode de tamponnement des voies génitales dans les cas d'hémorrhagie utérine chez les femmes enceintes. 209. — Moyen d'évaluer la résistance des brise-pierres. 210.
ACADÉMIE royale de Médecine de Paris. (Séances des 31 octobre et 7 novembre.) Sur les cas de mort attribués au chloroforme et sur les dangers de l'inhalation de cet agent. 211. — Rapport sur divers cas de mort attribués au chloroforme, et sur les dangers que peut présenter l'inhalation de cet agent. 214. — Examen du fait de Boulogne. 215. — Des dangers et des accidents attribués à l'emploi du chloroforme. 227. — Choléra. 237. — Chloroforme. 238.

MÉLANGES.

31. Empoisonnement par l'arsenic, traité avec succès par la magnésie calcinée. 260
32. Empoisonnement par le pignon d'Inde. 261
38. Sur les lunettes en verre coloré ; par le docteur *Fischer.* 269
43. Lésions des yeux par des capsules fulminantes. 274
44. Anesthésie remarquable observée à la suite d'un empoisonnement par la belladone. 276
45. Du traitement des névralgies par l'emploi à l'intérieur de l'essence de térébenthine à petites doses. 278

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 195e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1848.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE (juillet 1848).

Rech. Des effets du hachisch sur l'homme jouissant de sa raison, et sur l'aliéné. 96

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (novembre 1848).

Béclard (J.). Recherches expérimentales sur les fonctions de la rate et sur celles de la veine porte. 7
Chloroforme. Bons effets de son emploi local dans le lumbago. 94
Guyton (Michel). Mémoire sur l'étranglement et l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées. 163
Instructions sur le choléra, et avis relatifs à la loi pour éloigner les causes d'insalubrité et prévenir ces maladies, publiés par le Conseil général de santé d'Angleterre. 188

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (octobre et novembre 1848).

Dorvault. Du haschisch. 1
S. Des dangers de l'emploi des vésicatoires chez les enfants. 89
Legroux. Coup d'œil sur les indications curatives du choléra asiatique; effets de la saignée au début de la maladie. 108
Chassaignac. De la guérison du céphalomatome. — Mécanisme de l'enkystement. — Migrations du bourrelet osseux. 135
Civiale. De quelques procédes peu usités dans le traitement des coarctations organiques de l'urèthre. 179

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 43, 44, 45, 47 ; 1848).

Bassereau (A. H.). Mémoire sur l'épidémie de choléra qui a régné à Iassy (Moldavie), pendant les mois de juin et juillet 1848. 26
Monneret. Seconde lettre sur le choléra-morbus en Orient et dans le nord de l'Europe. 36
Maillot. Recherches sur la méningite cérébro-spinale épidémique. 44
Bonnet. Des appareils de mouvement et de leur utilité dans le traitement des maladies articulaires. 143
Goyrand. Nouvelles études sur les luxations de l'humérus. 157

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (nov. 1848).

Recherches sur la stegnose (sclérème des adultes). 14

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (août et septembre 1848).

Garin (J.). Note sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le catarrhe pulmonaire chronique. 70
Dubreuilh fils (Ch.). De la fièvre puerpérale épidémique. 118

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (octobre 1848).

Belloc. De l'emploi du charbon végétal contre les affections nerveuses gastro-intestinales idiopathiques et symptomatiques. 74

REVUE MÉDICALE (juin, septembre et octobre 1848).

Bouchacourt. Mémoire sur l'emploi de l'éther et du chloroforme dans la réduction des luxations. 52
Legrand (A.). De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. 200

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (novembre 1848.)

Vanoye (René). Sur un mode particulier d'administrer le calomel dans l'angine tonsillaire. 85
Bricheteau. Mémoire sur les crises et les jours critiques, et sur la nécessité de tenir compte de leur influence sur la marche et la terminaison des maladies. 192

UNION MÉDICALE (novembre 1848).

Du traitement des névralgies par l'emploi à l'intérieur de l'essence de térébenthine à petites doses. 278

JOURNAUX ANGLAIS.

AMERICAN JOURNAL OF MED. SCIENCE.

Trask. Recherches statistiques sur la rupture de l'utérus pendant la grossesse et pendant l'accouchement. 270
Beck (J. B.). Effets des mercuriaux chez les jeunes sujets. 272

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Nouveau véhicule pour tenir le camphre en dissolution. 268

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Lever (J. C. W.). Sur quelques troubles du système nerveux, en rapport avec la grossesse et l'accouchement. 269

LONDON MED. GAZETTE.

Empoisonnement par le pignon d'Inde. 261
Anesthésie remarquable observée à la suite d'un empoisonnement par la belladone. 276

THE SOUTHERN OF MEDECINE AND PHARMACY.

Baker. Cas de menstruation substitutive par un ulcère de la mamelle droite. 245
Wragg. Sur le traitement des fissures à l'anus. 263
Edwards (P. G.). Observation d'hydrocéphale ponctionnée trois fois sans succès. 264
Wragg. De l'emploi des ligatures animales. 266

JOURNAUX ALLEMANDS.

ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Friedleben. De l'atélectasie des poumons. 250
Griesinger. De l'action des métaux. 254

JOURNAL FUER DIE KINDERKRANKHEITEN.

Hœrtel. Remarques sur la chorée gesticulaire et la chorée électrique. 248

MED. CORRESP.-BLATT.

Sicherer. Périthyphlite ; inflammation gangréneuse du diaphragme. 247
Michel. Sarcome médullaire de l'omoplate. 262
Heidenreich. Mélanges de chirurgie. 273
Lésions des yeux par des capsules fulminantes. 274

NEUE MED.-CHIR. ZEITUNG.

Spengler. L'éthérisation comme moyen thérapeutique dans les fièvres intermittentes. 256

JOURNAUX ITALIENS.

ALLGEMEINE MED. CENTRAL ZEITUNG.

Fischer. Sur les lunette en verre coloré. 269

GAZZETTA TOSCANA.

Vannoni. Sur un nouveau signe diagnostique des môles utérines. 257

GIORNALE DELL' ACADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Empoisonnement par l'arsenic, traité avec succès par la magnésie calcinée. 250